

## University of Groningen

### Geneeskundige oordeelsvorming. Onderzocht aan wat geschreven is over het handelen van de Nederlandse huisartsen

Werf, Gerrit Theodorus van der

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

#### *Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

#### *Publication date:*

1984

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

#### *Citation for published version (APA):*

Werf, G. T. V. D. (1984). *Geneeskundige oordeelsvorming. Onderzocht aan wat geschreven is over het handelen van de Nederlandse huisartsen.* []. [S.n.].

#### **Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

#### **Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

# GENEESKUNDIGE OORDEELSVORMING

ONDERZOCHT AAN WAT GESCHREVEN IS OVER  
HET HANDELEN VAN DE NEDERLANDSE HUISARTS



G.Th. VAN DER WERF

RIJKSUNIVERSITEIT TE GRONINGEN

# GENEESKUNDIGE OORDEELSVORMING

onderzocht aan wat geschreven is over het handelen van de Nederlandse huisarts

## PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van het doctoraat  
in de Geneeskunde  
aan de Rijksuniversiteit te Groningen,  
op gezag van de Rector Magnificus  
Dr. L.J. Engels  
in het openbaar te verdedigen  
op woensdag 7 maart 1984 des namiddags te 4.00 uur

door

**GERRIT THEODORUS VAN DER WERF**

geboren te Groningen



AMSTERDAM 1984

Promotores : Prof. dr. H.H.W. Hogerzeil

: Prof. dr. P.E. Boeke

Referent : Drs. M.J. van Lieburg

## Stellingen

1. De (h)erkenning van een gezondheidsprobleem als een niet-geneeskundig probleem is de belangrijkste bijdrage die de arts kan leveren aan de demedicalisering van de samenleving.
2. Het belang van geneeskundige oordeelsvorming voor de kwaliteit van de gezondheidszorg is slechts vanuit de eerste lijngeneeskunde vast te stellen, dat is in Nederland vanuit de positie van de huisarts.
3. Zolang over inhoud en aard van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychische en sociale problemen nog te weinig informatie beschikbaar is, kunnen mensen die met dergelijke problemen kampen misschien een welwillend oor vinden bij hun huisarts, zoals Lamberts en Hartman stellen, maar geen professioneel antwoord op de vraag of dat handelen kan bijdragen aan de oplossing van hun probleem, zoals zij suggereren.

Lamberts H en B Hartman, Huisarts en Wetenschap 1982; 25, 333

4. De zogenaamde "pilcontrole" kan beperkt blijven tot een tweejaarlijkse meting van de bloeddruk.
  5. Bij verdenking op (een recidief van) een ulcus duodeni is een antacidum de therapie van de eerste keus.
  6. Oxyuriasis zonder klachten behoeft geen behandeling.
  7. De follow-up van een geopereerd mammacarcinoom zonder aantoonbare metastasen kan in eerste instantie beperkt blijven tot een nauwkeurige anamnese, een lichamelijk onderzoek, een BSE, AF en  $\gamma$ GT.
  8. Bij benzodiazepinen is de vermelding "naar behoefte" als gebruiksaanwijzing te verdedigen, mits de patient op de hoogte is van de werking en bijwerkingen.
-

9. Wat voor de gezondheid genoeg is, is voor het genot te weinig, en dikwijls is het onzeker of de noodzakelijke lichaamsverzorging ondersteuning verlangt, dan wel dat de begeerte naar genot gediend wil worden.

Aurelius Augustinus, Belijdenissen X, xxxi, 44

10. Een medische opleiding die geen aandacht besteedt aan de geschiedenis der geneeskunde verdient het epitheton “wetenschappelijk” niet.
11. Ook in kerkmuzikaal opzicht beoogde de reformatie geen breuk met de traditie.
12. De vraag is niet  
te zijn of niet te zijn,  
de vraag is doen of laten.

Stellingen bij het proefschrift van  
G.Th. van der Werf

Geneeskundige oordeelsvorming,  
onderzocht aan wat geschreven is  
over het handelen van de Nederlandse huisarts.

Groningen, 7 maart 1984.

AAN JOSÉ  
bij wijze van verjaarscadeau.

---

De eerste twee termen van de reeks zijn dus gelijk aan de eerste twee termen van de reeks van de functie  $f(x)$ . De derde term van de reeks is  $\frac{1}{2}x^2$ , de vierde term is  $\frac{1}{6}x^3$ , de vijfde term is  $\frac{1}{24}x^4$ , de zesde term is  $\frac{1}{120}x^5$ , de zevende term is  $\frac{1}{720}x^6$ , de achtste term is  $\frac{1}{5040}x^7$ , de negende term is  $\frac{1}{40320}x^8$ , de tiende term is  $\frac{1}{362880}x^9$ , de elfde term is  $\frac{1}{3628800}x^{10}$ , de twaalfde term is  $\frac{1}{47900160}x^{11}$ , de dertiende term is  $\frac{1}{645158400}x^{12}$ , de veertiende term is  $\frac{1}{10321920000}x^{13}$ , de vijftiende term is  $\frac{1}{189792000000}x^{14}$ , de zestiende term is  $\frac{1}{4032000000000}x^{15}$ , de zeventiende term is  $\frac{1}{95800320000000}x^{16}$ , de achttiende term is  $\frac{1}{2541868800000000}x^{17}$ , de negentiende term is  $\frac{1}{71628096000000000}x^{18}$ , de twintigste term is  $\frac{1}{2095802880000000000}x^{19}$ , de eenentwintigste term is  $\frac{1}{62874086400000000000}x^{20}$ , de tweentwintigste term is  $\frac{1}{1946162707200000000000}x^{21}$ , de dertigste term is  $\frac{1}{121645100800000000000000}x^{30}$ , de veertigste term is  $\frac{1}{1216451008000000000000000}x^{40}$ , de vijftigste term is  $\frac{1}{12164510080000000000000000}x^{50}$ , de zestigste term is  $\frac{1}{121645100800000000000000000}x^{60}$ , de zeventigste term is  $\frac{1}{1216451008000000000000000000}x^{70}$ , de tachtigste term is  $\frac{1}{12164510080000000000000000000}x^{80}$ , de negentigste term is  $\frac{1}{121645100800000000000000000000}x^{90}$ , de honderdste term is  $\frac{1}{1216451008000000000000000000000}x^{100}$ .

Omslagontwerp: Bert Cornelius



Velen hebben direct of indirect aan dit proefschrift bijgedragen. Ik dank hen allen. Enkelen noem ik bij name:

Mijn vrouw heeft mij de tijd gegund om aan dit proefschrift te werken, en de rust geschapen die nodig was om het te voltooien.

Zonder de vele, lange leergesprekken in de late namiddagen en avonden met prof. dr.H.H.W. Hogerzeil zou dit proefschrift niet tot stand gekomen zijn.

Met prof.dr. P.E. Boeke en drs. M.J. van Lieburg heb ik niet alleen over vragen, hun vakgebied betreffend, van gedachten mogen wisselen; zij hebben ook tal van waardevolle kritische kanttekeningen van algemene en methodologische aard gemaakt bij eerdere concepten van deze dissertatie.

Mevrouw M.J. van Pelt-van Ringen heeft mijn handschriften ontcijferd en uitgetypt.

Mijn collega drs. C.P. van Heel stond desgevraagd steeds voor mij klaar om mijn praktijk waar te nemen.



## INLEIDING

Wie dagelijks zijn werk doet vraagt zich allicht af “Waar ben ik eigenlijk mee bezig?” Althans ik stel mijzelf als huisarts die vraag met zekere regelmaat.

Mensen leggen mij problemen voor van zeer uiteenlopende aard. Ze zijn bijna altijd te herleiden tot deze ene vraag: “Kunt u mij helpen mijn gezondheid te doen herwinnen, of te doen behouden?” We mogen dan van gezondheidsproblemen spreken: klachten en problemen die mensen aan een arts voorleggen, en waarvan ze verwachten dat hij als representant van de geneeskunde kan bijdragen aan de oplossing van die klachten en problemen. De arts is echter slechts in beperkte mate in staat om bij te dragen aan de oplossing van gezondheidsproblemen. Daarmee is een eerste aanzet gegeven tot een antwoord op de vraag waarmee ik als huisarts bezig ben: ik beoordeel op basis van mijn medische kennis of mijn patiënten door middel van geneeskundig handelen hun gezondheid kunnen herwinnen of behouden. In de (huisarts-)geneeskunde draait het om het geneeskundig oordeel.

Meer in het algemeen is oordeelsvorming in de zojuist geschetste zin te omschrijven als het op systematische wijze opstellen van voorspellingen over effecten van handelen aan de hand van criteria, die vastgesteld zijn voordat die effecten hun beslag gekregen hebben; en het oordeel als het antwoord op de vraag onder welke omstandigheden die effecten kunnen worden bereikt.

In staat zijn tot oordeelsvorming over een probleem geeft tenminste inzicht in en onder omstandigheden zelfs macht over de toekomst. In die zin is de uitspraak “kennis is macht” waar. De enige manier om de macht die aan het vermogen tot oordeelsvorming wordt ontleend tegenover anderen te verantwoorden is het oordeel zodanig te formuleren dat het voor falsificatie vatbaar is.

Het geneeskundig karakter van oordeelsvorming als te onderscheiden van andere vormen van oordeelsvorming blijkt uit de aard van de criteria waaraan de effecten van het handelen worden beoordeeld. Anno 1984 zijn er argumenten aan te voeren om de criteria op grond waarvan geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is te beperken tot vorm en functie van het menselijk lijf voorzover uit te drukken in fysische en chemische grootheden. De functie van geneeskundige zorg in de samenleving, en de stand der wetenschappen zijn echter aan verandering

onderhevig. Derhalve staat deze beperking ter discussie. Niet ter discussie staat echter dat er een keus gemaakt moet worden voor deze of gene criteria.

Onder welke voorwaarden kan geneeskundig handelen bijdragen aan de oplossing van problemen? Eén categorie van voorwaarden ligt in de aard van het probleem besloten: er zijn problemen die zeker niet door middel van geneeskundig handelen opgelost kunnen worden. Een andere categorie is met de mogelijkheden van geneeskundig handelen op een bepaalde plaats en in een bepaalde tijd gegeven. In ons land (en in de ons omringende landen) is geneeskundige zorg voor ieder vrij toegankelijk; dat is niet overal ter wereld het geval, en het is in ons land niet altijd het geval geweest. Ook als een gezondheidsprobleem in principe door middel van geneeskundig handelen zou zijn op te lossen, zijn er externe factoren die kunnen verhinderen dat de mogelijkheid gerealiseerd wordt. In ons land is de vraag actueel of bepaalde ontwikkelingen binnen de geneeskundige zorg niet te duur zijn om algemene toepassing te rechtvaardigen. Deze afweging van beoogde geneeskundige effecten en niet beoogde neveneffecten van geneeskundige zorg doet zich niet alleen op macro-(economisch) niveau voor, maar ook op micro-niveau: in bepaalde gevallen is het mogelijk de sterftekansen van patiënten door middel van geneeskundig handelen te verminderen; tegelijkertijd wordt door die behandeling de kwaliteit van het leven van de patiënt in negatieve zin beïnvloed. Door wie en op welke wijze moet de beslissing over het instellen van een dergelijke behandeling worden genomen?

Deze studie beoogt een kritische reflexie te zijn op “geneeskundig handelen”, dat is handelen op basis van een geneeskundig oordeel. Dat laatste is alleen mogelijk als onderscheid wordt gemaakt tussen “medisch” en “geneeskundig”. Geneeskundig handelen zoekt bij te dragen aan de oplossing van gezondheidsproblemen; medische wetenschap tracht die problemen, of afgeleiden van die problemen te beschrijven, te begrijpen en zo mogelijk te verklaren. Ook de patiënt die een arts een gezondheidsprobleem voorlegt heeft meestal wel een oordeel, een idee over de vorm waarin geneeskunde in de persoon van de arts kan bijdragen aan de oplossing van zijn probleem. In deze studie wordt met “geneeskundig oordeel” een op basis van medische wetenschap te toetsen antwoord op de vraag of handelen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem aangeduid. Betrouwbare medische kennis is de voorwaarde voor een wetenschappelijk te verantwoorden oordeel, het verwerven van die kennis kan echter niet het doel zijn van geneeskundig handelen.

Niet alle gezondheidsproblemen zijn in medisch-wetenschappelijke termen te begrijpen (ook niet als de medische wetenschap zou worden opgevat als de theorie van gezondheidsproblemen). Is een gezondheids-

---

probleem wel in medisch-wetenschappelijke termen te beschrijven of te begrijpen, dan impliceert dat niet dat dat probleem door geneeskundig handelen tot oplossing gebracht kan worden: het begrip van een probleem leidt niet zonder meer tot kennis van beïnvloedingsmogelijkheden van dat probleem; ontwikkelingen in de medische wetenschap zijn niet altijd van directe invloed op de mogelijkheden van geneeskundig handelen.

In de geneeskunde gaat het erom de toekomst te veranderen. Geneeskundig handelen vooronderstelt kennis van de voorspellende waarde van een gezondheidsprobleem. Zonder die kennis is geen uitspraak mogelijk over wat te verwachten is van (geneeskundig) handelen. De kern van de geneeskunde wordt gevormd door de prognostiek, dat was Hippocrates al bekend. De vraag onder welke omstandigheden geneeskundig handelen kan bijdragen aan de oplossing van problemen is zo oud als de traditie van onze westerse geneeskunde lang is; en misschien nog ouder. Daarom moet de uitwerking van deze vraag geadstrueerd kunnen worden aan het handelen van artsen in heden en verleden, zoals ik in de tweede helft van dit proefschrift gedaan heb.

Als geneeskundig handelen en medische wetenschap niet onderscheiden worden dan leidt dat er onherroepelijk toe dat problemen en afwijkingen, die in medisch-wetenschappelijke termen begrepen kunnen worden (of waarvan men meent dat ze in medisch-wetenschappelijke termen begrepen kunnen worden) om die reden behandeld zullen gaan worden, zonder voldoende reflexie op de prognostische implicaties van een dergelijke behandeling. Begrip van een gezondheidsprobleem in medisch-wetenschappelijke termen is onvoldoende voorwaarde voor een antwoord op de vraag of de arts de patiënt kan helpen zijn gezondheid te doen herwinnen of te doen behouden. Het kan leiden tot wat men terecht in peioratieve zin "medicalisering" van de gezondheidszorg heeft genoemd.

Geneeskundig handelen en medische wetenschap kunnen evenmin gescheiden worden. Als dat gebeurt raakt het handelen zijn wetenschappelijke basis kwijt, en daarmee verliest de arts het instrument om zijn eigen handelen aan een kritische beschouwing te kunnen onderwerpen.

In het eerste hoofdstuk van dit proefschrift wordt een beschouwing gegeven over medische predictie, over geneeskundig handelen en geneeskundige problemen; in een aparte paragraaf wordt aandacht geschonken aan de huisartsgeneeskunde als vak van medische wetenschap.

Kennis van de medische predictie is een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde voor een antwoord op de vraag of geneeskundig handelen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem. Tal van factoren kunnen het effect van geneeskundig handelen ten gunste

of ten nadele beïnvloeden; en die factoren zullen in het geneeskundig oordeel moeten worden meegewogen. In het tweede hoofdstuk worden de betekenis die de patiënt aan zijn probleem hecht, de leefsituatie van de patient, opvattingen over ziekte en gezondheid die in de samenleving heersen, de persoon van de arts en de stand der wetenschap geschetst als randvoorwaarden waarbinnen geneeskundige oordeelsvorming haar beslag kan krijgen.

In het derde hoofdstuk wordt eerst een korte samenvatting gegeven van de tot dan toe ontwikkelde begrippen. Vervolgens wordt de stelling geponeerd dat de arts alleen dan in staat is tot een antwoord op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat als geneeskundig probleem is te begrijpen, en wordt geschetst op welke wijzen deze stelling getoetst kan worden. Tenslotte wordt uiteengezet op grond van welke overwegingen gekozen is voor toetsing van de stelling aan de hand van literatuur over het handelen van de huisarts, en welke beperkingen deze methode van onderzoek stelt aan de conclusies die aan deze studie verbonden mogen worden.

In het vierde hoofdstuk worden de resultaten beschreven van een op basis van de in hoofdstuk drie beschreven methode uitgevoerd onderzoek naar het oordeel van de huisarts over maagklachten in de jaren 1870-1980.

In het vijfde hoofdstuk worden de resultaten beschreven van een op basis van de in hoofdstuk drie beschreven methode uitgevoerd onderzoek naar opvattingen over geneeskundige oordeelsvorming als functie van de huisarts in beroepsorganisaties van huisartsen in de jaren 1900-1980.

De resultaten van beide onderzoeken worden in hoofdstuk zes samengevat.

In het zevende hoofdstuk bespreek ik enkele gevolgtrekkingen die aan het onderzoek verbonden kunnen worden en die van betekenis zijn voor mijn dagelijks werk als huisarts en als docent in de huisartsgeneeskunde.

Het was een lange weg voor dit boekje klaar was, maar "gedane zaken nemen geen keer, zei Hollewijn afdalend. Daarom moet men nooit tobben over dingen die men gedaan heeft. Niet doen is erger dan verkeerd doen, kindlief, en overigens is het alleen de wijze gegeven om niets met tegenzin te doen."<sup>1</sup>

---

1. Koning Hollewijn 6 Laren Skarabee 1973 blz. 68.

無  
為

Niet het zalig niets doen,  
maar het doen door niet te doen.  
(Lao Tse)  
(vert.: C.T. Oepkes)

---

## Inhoudsopgave

	Inleiding	
I	Het geneeskundig oordeel	1
I.1	Medische predictie	1
I.2	Geneeskundig handelen en geneeskundige problemen	4
I.3	Huisarts en geneeskundige oordeelsvorming	14
I.4	Over de grenzen van het geneeskundig oordeel	17
II	De context van het probleem	19
II.1	De betekenis die de patiënt aan zijn probleem hecht	19
II.2	De patiënt en zijn omgeving	23
II.3	Opvattingen over ziekte en gezondheid	27
II.4	De arts als persoon	36
III	Methode en materiaal	45
III.1	Methoden van onderzoek	45
III.2	Korte schets van de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg sinds het midden van de vorige eeuw	52
III.3	Korte schets van de behandeling van maagklachten door de huisarts sinds het midden van de vorige eeuw	57
III.4	Verantwoording van de in het onderzoek gebruikte literatuur	61
IV	Resultaten van het onderzoek: geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts bij maagklachten	67
IV.1	Geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts bij maagklachten, rond 1870	67
IV.1.1	Geneeskundige problemen	67
IV.1.2	Niet-geneeskundige problemen	69
	Slotsom	72
IV.2	Geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts bij maagklachten, rond de eeuwwisseling	73
	Geneeskundige problemen	73
IV.2.1	De maagzweer	73
IV.2.2	De behandeling van de maagzweer	75
	Niet-geneeskundige problemen	78



IV.2.3	Functionele maagaandoeningen	78
IV.2.4	Gastritis, hernia epigastrica en gastroptose	80
IV.2.5	De behandeling van de nerveuze maagklachten	82
	Slotsom	84
IV.3	Geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts bij maagklachten, rond 1930	85
	Geneeskundige problemen	85
IV.3.1	De maagzweer	85
IV.3.2	De behandeling van de maagzweer	87
	Niet-geneeskundige problemen	93
IV.3.3	Functionele maagklachten	93
	Slotsom	99
IV.4	Geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts bij maagklachten, rond 1960	100
	Geneeskundige problemen	100
IV.4.1	Het ulcuslijden	100
IV.4.2	De behandeling van het ulcus	103
IV.4.3	Niet-geneeskundige problemen	106
	Slotsom	107
IV.5	Geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts bij maagklachten, rond 1980	108
IV.5.1	Maagklachten	108
IV.5.2	Geneeskundige problemen en hun behandeling	109
IV.5.3	Niet-geneeskundige problemen	114
	Slotsom	116
V	Resultaten van het onderzoek: geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts in de opvattingen van beroepsorganisaties	117
V.1	Geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts: de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (1e helft van deze eeuw)	117
V.2	Geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts: het Nederlands Huisartsen Genootschap (vanaf 1956)	126
V.3	Slotsom	138
VI	De onderzoeksresultaten samengevat	141
VI.1	Inleiding	141
VI.2	Medische predictie	142
VI.3	Geneeskundig handelen en geneeskundige problemen	143

---

VI.4	Niet-geneeskundige problemen	146
VI.5	Slotsom	148
VII	Slotoverwegingen	151
	Samenvatting	154
	Summary	158
	Litteratuurlijst algemeen	162
	bij hoofdstuk IV	168
	bij hoofdstuk V	172

---

In deze studie worden een aantal begrippen als technische termen gebruikt. Het zijn de volgende:

**GENEESKUNDIG OORDEEL:**

een op basis van medische wetenschap te toetsen antwoord op de vraag of handelen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem.

**GEZONDHEIDSPROBLEMEN:**

klachten en problemen die mensen aan een arts voorleggen, en waarvan ze verwachten dat de arts als representant van de geneeskunde kan bijdragen aan de oplossing van die klachten en problemen.

**MEDISCHE WETENSCHAP:**

de leer van het menselijk lijf en zijn leden, van de afwijkingen die zich daaraan kunnen voordoen, en van de wijze waarop deze afwijkingen zich zullen ontwikkelen, alles uitgedrukt in termen van vorm en functie van het menselijk lijf.

**MEDISCH PROBLEEM:**

een gezondheidsprobleem dat beschreven, begrepen of verklaard kan worden in medisch-wetenschappelijke termen.

**MEDISCH-PREDICTIEVE BETEKENIS:**

de kans op veranderingen uitgedrukt in termen van vorm en functie van het menselijk lijf die in relatie gebracht kunnen worden tot een medisch probleem.

**MEDISCH INGRIJPEN:**

ingrijpen op het menselijk lijf door een arts in functie.

Het **GENEESKUNDIG OORDEEL** is nu te operationaliseren als: de afweging van de medisch-predictieve betekenis van het gezondheidsprobleem dat ter beoordeling voorligt tegen de medisch-predictieve betekenis van dat probleem na medisch ingrijpen, beide uitgedrukt in termen van geneeskundige criteria.

**GENEESKUNDIGE CRITERIA:**

criteria waarin de medisch-predictieve betekenis van geneeskundige problemen bij een gegeven stand van de medische wetenschap kan worden uitgedrukt.

**GENEESKUNDIG PROBLEEM:**

een medisch probleem waarvan de waarde van de medisch-predictieve betekenis bekend en niet nul is; alleen over geneeskundige problemen is een geneeskundig oordeel mogelijk.

**GENEESKUNDIG HANDELEN:**

handelen op grond van een geneeskundig oordeel.

---



# I Het geneeskundig oordeel

## I.1 MEDISCHE PREDICTIE

Medische wetenschap omvat de leer van het menselijk lijf en zijn leden, van de afwijkingen die zich daaraan kunnen voordoen, en van de wijze waarop deze afwijkingen zich zullen ontwikkelen, alle drie uitgedrukt in termen van vorm en functie van het menselijk lijf.

Schipperges schrijft in zijn bijdrage aan het boek *“Krankheit, Heilkunst, Heilung”*, waarin vanuit verschillende culturen en tijdperken de in de titel vermelde themata worden doorgelicht:

“Die Texte zum Thema “Krankheit, Heilkunst, Heilung” haben eindrucksvoll gezeigt dass alle Krisenerlebnisse und alle Heilungsmassnahmen zunächst von einer leiblichen Verfassung des Menschen ausgehen. Das gilt auch für jene Heilsysteme, die ein völlig anderes Verhältnis zum Körper haben als etwa der abendländische Mensch.”<sup>1</sup>

Het menselijk lijf is niet alleen een in termen van vorm en functie te meten object, het is tegelijkertijd een ervaren werkelijkheid. Vorm en functie van het menselijk lijf zijn niet uitsluitend als fysische of chemische werkelijkheden te beschouwen, ze zijn tegelijkertijd uitdrukking van door de mens bewust of onbewust gewilde werkelijkheid, van gedrag. Deze opvatting van het menselijk lichaam als “corps sujet”<sup>2</sup> heb ik trachten te verwoorden door “lijf” te gebruiken. Dit woord is etymologisch nauw verwant aan leven, terwijl “lichaam” verwant is met “lijk”, en van oorsprong “vleselijk omhulsel” aanduidt.<sup>3</sup>

“De mens is dus een betekenisgevend, symboliserend wezen, animal symbolicum. En dat compliceert zijn ervaring van de wereld en van zichzelf eindeloos. Niets is alleen wat het is.

Om op het terrein van gezondheid te blijven: de dokter is niet alleen maar een man die geneest maar de machtige redder in wiens handen mijn lot ligt, of de gevaarlijke die pijn doet, of degene die je 's nachts kunt opcommanderen en die dan sneller komt dan de loodgieter. Het geneesmiddel is niet alleen maar een chemisch preparaat, het is eerder

1. In: Schipperges 1978 blz. 449.

2. zie bijvoorbeeld Dekkers 1983.

3. De Vries etymologisch woordenboek 1959.

een ding dat wonderen doet of althans moet doen. Het is een soort magisch sacrament, dat met religieuze eerbied wordt genoten.”<sup>4</sup>

Als de medische wetenschap de geneeskunde ten dienste wil staan kan zij niet om het complexe geheel van het menselijk bestaan heen. Immers dagelijks wordt de geneesheer geconfronteerd met gezondheidsproblemen, die patiënten hem als subjectieve ervaring voorleggen; aan de geneesheer de taak die gezondheidsproblemen zodanig te begrijpen dat hij de patiënt kan helpen. De fysiologie heeft modellen ontwikkeld waarin rekening wordt gehouden met ervaren werkelijkheid, zoals in het “general adaptation syndrome”, dat door Selye is beschreven. De medische wetenschap heeft gestoord welbevinden in termen van pathologische anatomie kunnen verklaren, bij voorbeeld als dementia paralytica. en dat menselijk gedrag tot afwijkingen aan het menselijk lijf kan leiden is maar al te goed bekend (roken, alcohol).

Al deze relaties — tussen omgeving en afwijking aan het menselijk lijf, tussen menselijk gedrag en afwijkingen aan het menselijk lijf, tussen ervaren werkelijkheid en afwijkingen aan het menselijk lijf — doen zich voor als een statistisch verband, niet als een causaal-analytisch verband. Maar dat geldt evengoed voor verbanden tussen verschillende afwijkingen in het menselijk lijf; bij voorbeeld voor het verband tussen hyperthyreoidie en exophthalmus: niet ieder die aan hyperthyreoidie lijdt krijgt een exophthalmus.

In zijn boek “*De methode der geneeskunde*” gaat Wibaut uitgebreid in op oorzaak-gevolg-relaties. Hij citeert de klassieke regels op grond waarvan tot een dergelijke relatie mag worden besloten.<sup>5</sup> Hij noemt vijf methoden op grond waarvan een conclusie mag worden getrokken over oorzakelijke verhoudingen.<sup>6</sup> Maar, zo merkt Wibaut op, in de realiteit is er eigenlijk altijd sprake van multicausaliteit en zelfs de indeling in hoofd- en bijzaken verhelpt daar niets aan: “Oorzaak is een mystiek begrip dat zijn oorsprong vindt in een primitief stadium van menselijk denken”, en Wibaut citeert op dit punt de fysioloog Verworn die stelt “Kausale Gesetzmässigkeit ist Mystik, konditionelle Gesetzmässigkeit ist Erfahrung”.<sup>7</sup>

Aan de hand van ons begrip van infectieziekten, onder andere tuberculose, toont Wibaut aan dat ook daar geen sprake is van eenvoudige causaliteit.<sup>8</sup>

Ook binnen de natuurwetenschappen zijn causale verbanden niet algemeen geaccepteerd. De filosoof Karl Popper (geb. 1902) betoogt dat onze kennis nooit zeker is, en altijd onvolledig. “Als onze kennis al volledig en volstrekt zeker zou zijn dan zouden we dat niet met volstrekte zekerheid kunnen vaststellen” zo beweert hij. “Het is daarom vrijwel onvoorstelbaar dat we zouden kunnen aantonen dat het gebeuren in de wereld gedetermineerd is.”<sup>9</sup>

Dat is uiteraard niet in tegenspraak met een uitspraak dat toestand A voor zover bekend onder welke omstandigheid dan ook tot toestand B leidt. Overigens is over

4. Fortman 1972 blz. 226 e.v.

5. Wibaut 1962 blz. 33.

6. id. blz. 36 e.v.

7. id. blz. 33.

8. id. blz. 46.

9. Popper 1978 blz. 163.

causaliteit in de medische wetenschap het laatste woord nog niet gezegd: *The Journal of Medicine and Philosophy* wijdde in december 1978 een heel nummer aan dit onderwerp.<sup>10</sup>

In deze studie worden onder *gezondheidsproblemen* klachten en problemen verstaan die mensen aan een arts voorleggen en waarvan ze verwachten dat hij als representant van de geneeskunde kan bijdragen aan de oplossing van die problemen. Van een *medisch probleem* mogen we spreken als een gezondheidsprobleem beschreven, begrepen of verklaard kan worden in medisch-wetenschappelijke termen. De kans op veranderingen, uitgedrukt in termen van vorm en functie van het menselijk lijf, die in relatie gebracht kunnen worden tot een medisch probleem vormt de *medisch-predictieve betekenis* van dat probleem.

De medisch-predictieve betekenis van gezondheidsproblemen wordt mee bepaald door leeftijd en geslacht van de patiënt, door zijn voedings-toestand, door zijn medische historie, en door vele andere persoons- en omgevingsvariabelen, dat is: door de context van het probleem. In de medische wetenschap is kennis van de humane biologie, — dat is de leer van de vorm en de functie van het menselijk lijf en zijn leden, en van de veranderingen die zich op grond van de normale ontwikkelingsprocessen (geboorte, groei, stabiele fase, veroudering, sterven) voordoen, — verdisconteerd. De waarde van de medisch-predictieve betekenis is een biologische waarde en vertoont derhalve een zekere variatiebreedte.

De predictieve betekenis van een medisch probleem kan vier waarden aannemen:

- a. positief: het betreft een probleem dat spontaan zal verdwijnen;
- b. negatief: het betreft een probleem dat zich zal ontwikkelen met voortschrijdende vorm-afwijkingen en functie-anomalieën, eindigend in een stationair defect of met het overlijden van de patient;
- c. nul: het betreft een stabiel probleem; er zullen zich, afgezien van normale verouderingsprocessen die zich aan de mens voltrekken, geen veranderingen in de vorm en de functie van het lijf voordoen;
- d. onbekend: in deze categorie vallen de problemen waarvan vermoed wordt, of algemeen wordt aangenomen dat het om medische problemen gaat, maar waarvan de wetenschappelijke bewijsvoering ontbreekt dat dat inderdaad het geval is.

10. 1976 *Journal of Medicine and Philosophy* 1, p. 289-385.

## 1.2 GENEESKUNDIG HANDELEN EN GENEESKUNDIGE PROBLEMEN.

Onder welke voorwaarden is nu een op basis van medische wetenschap te toetsen antwoord mogelijk op de vraag of handelen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem? Anders gezegd: over welke gezondheidsproblemen kan een geneeskundig oordeel gegeven worden?

De Engelse huisarts Sir James Mackenzie (1853-1925) — we zullen hem in de loop van de volgende bladzijden nog meermalen tegenkomen — schreef in 1919 een boek onder de titel *“The future of medicine”*. Daarin schrijft hij:

“Wanneer in een gegeven geval een symptoom wordt ontdekt is het noodzakelijk niet alleen het mechanisme van zijn ontstaan te ontdekken, maar vooral ook de betekenis ervan vast te stellen voor het toekomstig leven van de patiënt. Het gezonde verstand leert ons dat dit een vraagstuk is dat tot de essentiële vraagstellingen der geneeskunde behoort. Het is één der vitale problemen, die moeten worden opgelost, wil de geneeskunde ooit wetenschap worden.”<sup>11</sup>

J.T. Buma schrijft in 1949 in zijn door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst bekroonde proefschrift, dat kan gelden als eerste stap op weg naar een wetenschappelijke reflexie op de huisartsgeneeskunde in Nederland:

“Het is de prognose die beslist over het al of niet bruikbaar zijn voor de therapie van de resultaten van ons onderzoek, en het feit dat deze toets, de leer der prognostiek uit de moderne geneeskunde verdwenen

11. MacKenzie 1919; vertaling geciteerd naar Buma 1950 blz. 131. Sir James MacKenzie (1852-1925) was jarenlang huisarts in één van die roetzwarte industriestadjes in Engeland rond de eeuwwisseling, waarvan het beeld beheerst werd door armoede, werkeloosheid en sociale onrust. Bekend is hij vooral geworden door zijn onderzoekingen op het gebied van de cardiologie. Zijn belangstelling daarvoor werd gewekt door een vrouw die stierf in het kraambed als gevolg van een hartgebrek. MacKenzie's vraag was: welke souffles betekenen risico en welke niet, anders gezegd, welke souffles hebben medisch-predictieve betekenis en welke niet. Want er stierven vrouwen in het kraambed aan hun hartaandoening, terwijl anderen ten onrechte bang gemaakt werden en geen kinderen kregen omdat de arts een souffle had gehoord. Het onderzoek bracht MacKenzie in contact met His, Wenckebach, Thomas Lewis en anderen uit zijn tijd.

Maar zijn betekenis voor onze tijd ligt toch op een ander terrein: “The earliest manifestations of disease, studying disease before it became clinically manifest, the need to study disease in the community and not on the post mortem table, the new epidemiology of non-infectious diseases, the organisation of medical record, all these have a familiar ring about them today. Indeed, they are at this time, our present-day medical priorities. But then, this was 50 years ago! MacKenzie in many ways was a man before his time”. zo besluit Mair (1973) zijn biografie gewijd aan MacKenzie.



is, kan niet anders worden gezien dan als een gebrek aan eenheid in de geneeskunde in onze tijd. En een wetenschap welke in haar grondslagen mist een methode, welke haar in staat stelt kritisch te staan tegenover de resultaten van eigen onderzoek, en de behoefte verantwoording af te leggen omtrent de resultaten daarvan, is geen wetenschap in de hoogste zin des woords.

Indien bijgevolg onze kennis van het symptoom en van het syndroom zich beperkt tot hun omschrijving, indien wij niet in staat zijn tevens haar waarde voor het huidig en toekomstig leven van het individu te bepalen, dan is die kennis van weinig of geen praktisch nut.”<sup>12</sup>

Zonder kennis van de predictieve betekenis van een gezondheidsprobleem is geen geneeskundig oordeel mogelijk. Maar Buma laat in het midden aan welke criteria hij de predictieve betekenis zal afmeten. Iemhof voert argumenten aan dat criteria om effecten van geneeskundig handelen aan af te meten in de sfeer van de natuurwetenschappen gezocht moeten worden:

“Willen wij de wereld bewoonbaar maken, respectievelijk houden, dan moeten wij die zaken en toestanden aanpakken, waar wij in principe greep op kunnen krijgen, omdat we er systematische kennis over hebben. Over dat soort kennis beschikken wij vrij royaal in de fysische wereld: het is in de geneeskunde de somatiek; en in mindere mate in de sociale wereld: dat is voor de gezondheidszorg de medische sociologie. Tussen die fysische en sociale werelden staat het eenzame individu met innerlijk, zijn emoties, zijn psyche. Ik geloof ook dat die psychische wereld echt bestaat, of in elk geval dat het zin heeft hem te onderscheiden, maar dat wij van deze wereld erg weinig wetenschappelijke kennis hebben, n'en déplaise Freud.

En dat is dan de uiteindelijke reden waarom wij het psychische eruit zouden moeten gooien: wij hebben van deze “tussenwereld” veel te weinig systematische kennis om een directe bemoeienis ermee te kunnen verantwoorden. Bemoeien we ons er toch mee dan wordt dat gauw gemodder, misleiding, onderdrukking. Op een verantwoorde manier kunnen wij voorlopig aan het psychische alleen indirect iets doen: via het fysische en/of het sociale.”<sup>13</sup>

Nu, sociale problemen oplossen lukt niet vanuit de spreekkamer van de arts, daarvoor staan andere wegen tot onze beschikking, bij voorbeeld de politieke of sociale actie. Maar daarvoor is het niet nodig om arts te zijn, noch om de noodzaak ervan in te zien, noch om de actie uit te voeren.

12. Buma 1950 blz. 131 e.v.

13. Iemhof 1973.

Resteert ons de somatiek, die volgens Iemhof met "het fysische" samenvalt.

Vanuit de huisartsgeneeskunde komen verwante geluiden. Touw-Otten is van mening dat de arts door zijn opleiding het meest vertrouwd is met natuur-wetenschappelijke ziektemodellen (dat verwijst naar het fysische) en met theorieën die steunen op het fysiologische en pathologisch-anatomische ziektebegrip.<sup>14</sup> In het kader van de zogenaamde paradigma-discussie, die in de jaren 1978/79 in *Huisarts en Wetenschap* gevoerd werd, omgrensde Ter Braak de deskundigheid van de arts als kennis van anatomie en fysiologie van organen, van (vóórkomen, oorzaak en verloop van) ziekten, van de invloed van gezin/maatschappij hierop, van (effecten van) therapieën, eventueel van enige methodieken in het voeren van een gesprek.<sup>15</sup> Ook door Touw-Otten en door Ter Braak worden criteria om effecten van geneeskundig handelen aan te beoordelen in natuurwetenschappelijke termen beschreven.

Vanuit de zogenaamde psycho-somatische geneeskunde zijn pogingen ondernomen om bepaalde niet-medische verschijnselen in medisch-wetenschappelijke termen te begrijpen. Zo presenteert Hoes een viertal psycho-biologische denkmodellen, waarvan hij waarschijnlijk maakt dat ze in principe neuro-fysiologisch zijn te onderzoeken. "De psychosomatische geneeskunde mist echter een concept om de sprong van de psychosociale naar de somatische levenslijn en omgekeerd inzichtelijk te maken. Verder ontbreekt een logisch concept om de betekenis van gebeurtenissen voor veranderingen op een later tijdstip duidelijk te maken. Zolang deze modellen ontbreken kan de psychosomatische geneeskunde haar ideeën niet aan de toets der natuurwetenschappelijke kritiek, die van het experiment, onderwerpen."<sup>16</sup> Roths Schuh voert argumenten aan voor een psycho-fysisch parallelisme, een isomorfie tussen lijf en ziel op het niveau van het centrale zenuwstelsel; ook volgens hem speelt het onderzoek zich nog voornamelijk op theoretisch niveau af.<sup>17</sup> De anthropologische geneeskunde, in ons land sterk gepropageerd door Buytendijk, heeft evenmin betekenis voor het handelen van de arts, zo lezen we in een recente beschouwing over Buytendijk en de anthropologische geneeskunde.<sup>18</sup>

In deze studie wordt er van uitgegaan dat bij de huidige stand van de medische wetenschap er slechts een geneeskundig oordeel mogelijk is over een gezondheidsprobleem voorzover de medisch-predictieve betekenis van dat probleem kan worden gemeten in termen van fysische (inclusief ruimtelijke) en chemische grootheden. Een nadere onderbouwing van deze stellingname is zeker gewenst, en zou misschien tot een zekere nuancering moeten leiden. In het kader van deze studie werd deze nuancering niet direct noodzakelijk geacht. (Op blz 34 e.v. vindt de lezer

14. Touw-Otten 1981.

15. Ter Braak 1979.

16. Hoes 1980 a.

17. Roths Schuh 1972.

18. Dekkers 1983.

een eerste aanzet tot een dergelijke nuancering) De hier geponeerde stellingname laat overigens de ruimte om in de medisch-wetenschappelijke research "vorm en functie van het menselijk lijf" een veel ruimere interpretatie te geven dan in het geneeskundig oordeel mogelijk is.

Er bestaat een wisselwerking tussen de mens en zijn omgeving. De voeding die wij tot ons nemen, de lucht die wij inademen, kan bestanddelen bevatten die tot afwijkingen kunnen leiden, zoals ook het ontbreken van bepaalde bestanddelen tot afwijkingen kan leiden: carcinogene kleurstoffen, alcohol, asbest, sigaretterook, vitaminegebrek, zijn voorbeelden van dergelijke omgevingsfactoren. Al deze factoren kunnen ingrijpen op het menselijk lijf en medisch-predictieve betekenis scheppen, hetzij in negatieve hetzij in positieve zin. In deze reeks hoort ook het medisch ingrijpen genoemd te worden: ingrijpen op het menselijk lijf door een arts in functie.

Sigaretterook doet de kans op het ontstaan van een medisch probleem toenemen: longcarcinoom, hart-vaat-ziekten zijn beide in termen van pathologische anatomie te beschrijven afwijkingen, die veelal voortschrijden tot de dood van de patiënt er op volgt. Een commissie uit de Gezondheidsraad benadrukt in haar *Advies inzake vroegdiagnostiek bronchuscarcinoom* "de buitengewone betekenis van maatregelen die het roken van met name sigaretten verminderen voor zowel de bescherming van rokers als van niet-rokers." <sup>19</sup> Roken als gedrag kan niet als medisch probleem begrepen worden; het kan wel als sociaal fenomeen onderzocht worden. Wat is nu de functie van de medicus met betrekking tot het roken?

In 1966 voerde Gadourek over dit probleem een discussie met Muntendam. Hij schrijft: "Stel dat een medicus een zekere samenhang vaststelt tussen een bepaalde sociale omstandigheid of een bepaald gedragspatroon en een ziekteverschijnsel, dan blijft het aan de socioloog of sociaal-psycholoog om de oorzaken aan te wijzen van deze ongewenste of gevaarlijke sociale omstandigheden of gedragingen. ... Al twijfelt men eraan of het vaststellen van een samenhang tussen een sociaal verschijnsel en een ziekte de taak van een socioloog is, het bepalen van vóórkomen en het verklaren van sociale verschijnselen blijft onze sociologische bezigheid." <sup>20</sup>

Gadourek is van mening dat de socioloog een betere opleiding heeft in het toepassen van sociale onderzoekstechnieken dan de arts. Muntendam vat dit op als het desavoueren van het werk van sociaal-geneeskundigen <sup>21</sup> Maar de discussie gaat er niet om wie een dergelijk onderzoek het beste kan uitvoeren, maar om de vraag welke onderzoeks-methode de beste is. Voor sociaal onderzoek is kennis nodig die de socioloog zich in vijf jaar studie verwerft. Als een arts over die kennis beschikt - en Gadourek geeft voorbeelden van dergelijke artsen- dan kan dat onderzoek evengoed door artsen uitgevoerd worden. <sup>22</sup>

Ook over sociale fenomenen is, als ze ter beoordeling worden voorgelegd als gezondheidsprobleem, in principe een antwoord mogelijk op de vraag onder welke

19. Gezondheidsraad. Advies inzake vroegdiagnostiek bronchuscarcinoom. 's-Hage 1982 blz. 63.

20. Gadourek 1966 a.

21. Muntendam 1966.

22. Gadourek 1966 b.

omstandigheden handelen van invloed kan zijn op dit fenomeen. Maar het oordeel over sociale fenomenen is niet aan de medicus. Het ligt ook niet in de rede te verwachten dat medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van niet-medische problemen; en als dat al het geval mocht zijn dan ligt er weliswaar een taak voor de medicus om de ingreep te begeleiden, maar daaraan is geen argument te ontleen dat hij dan ook in staat zou zijn om dat probleem als zodanig te beoordelen.

Preventieve geneeskunde zal zich in het algemeen moeten beperken tot het signaleren van het feit dat bepaalde niet-medische problemen het risico met zich meebrengen van het ontstaan van geneeskundige problemen.<sup>23</sup>

*Het geneeskundig oordeel is nu te operationaliseren als de afweging van de medisch-predictieve betekenis van het gezondheidsprobleem dat ter beoordeling voorligt tegen de medisch-predictieve betekenis van dat probleem na ingrijpen.*

Een geneeskundig oordeel is slechts mogelijk als het te beoordelen probleem als medisch probleem is te begrijpen. Als er sprake is van niet-medische problemen of van medische problemen waarvan de predictieve betekenis niet bekend is, dan is een afweging niet mogelijk. Is de waarde van de medisch-predictieve betekenis van een gezondheidsprobleem nul, dan valt de afweging van de medisch-predictieve betekenis van het probleem tegen de medisch-predictieve betekenis van het ingrijpen altijd negatief uit, omdat ieder medisch ingrijpen medisch-predictieve betekenis met negatieve waarde kan scheppen. In deze gevallen is niet uit te sluiten dat medisch ingrijpen bijdraagt aan de oplossing van het gezondheidsprobleem; maar het risico en het effect van de ingreep-dat de arts in termen van vorm en functie van het menselijk lijf kan beoordelen- moet dan worden afgewogen tegen de betekenis die de patiënt aan het probleem hecht.

Als de waarde van de medisch-predictieve betekenis van een probleem positief is, is medisch ingrijpen niet nodig; op zijn best kan de arts de duur van het probleem bekorten. Als de waarde van de medisch-predictieve betekenis van een probleem aan de geconsulteerde arts nog niet bekend is, zal hij trachten die door middel van onderzoek op het spoor te komen en zo het probleem tot klaarheid te brengen.

Er zijn weinig aandoeningen beschreven die altijd tot volkomen herstel van de patiënt leiden, of altijd tot de dood van de patiënt voeren. Vrijwel nooit is over een bepaalde individuele patiënt een volstrekt zekere voorspelling mogelijk. Het is ook niet altijd nodig. "Iedere toename in duidelijkheid heeft op zich intellectuele waarde, maar een toename in precisie of exactheid heeft slechts pragmatische waarde als middel tot een bepaald doel."<sup>24</sup> Grotere zekerheid nastreven met betrekking tot de

23. Voor een verdediging van deze stellingname vanuit de sociale wetenschappen zie ook Martin (1981).

24. Popper 1978 blz. 32.

medisch-predictieve betekenis van problemen heeft alleen dan zin als te verwachten is dat daardoor beter kan worden beoordeeld of medisch ingrijpen een bijdrage aan de oplossing van die problemen kan leveren. Daarbij dient bedacht te worden dat de bewering dat een gezondheidsprobleem een geneeskundig probleem is altijd een waarschijnlijkheidskarakter heeft; dat vloeit direct voort uit het feit dat een geneeskundig probleem in medisch wetenschappelijke termen is geformuleerd. In de woorden van Van der Velden:

“Waar nodig en mogelijk zal ook de huisarts een etiologische medische diagnose nastreven. Maar altijd is deze ondergeschikt aan de vraag ... welke verwachtingen zijn te stellen en wat medische interventie, in welke zin ook, hieraan zou kunnen veranderen.”<sup>25</sup>

Gezien vanuit wat onder andere Wulff over het klinisch denken heeft geschreven<sup>26</sup> is er geen reden om aan te nemen dat wat Van der Velden hier schrijft over de huisarts niet zou gelden voor iedere arts die zich bezig houdt met de curatieve geneeskunde.

Als de arts voldoende zekerheid heeft over de negatieve waarde van de medisch-predictieve betekenis van het probleem, zal hij de patiënt zo mogelijk een geneeskundige behandeling voorstellen, dat is medisch ingrijpen met het oogmerk het uit de medisch-predictieve betekenis van het probleem te voorspellen functieverlies of vormafwijking in duur en/of omvang te beperken.

Als het gaat om problemen die tot een stationair defect, een progressief defect of tot sterfte kunnen leiden, zal de behandeling er op gericht zijn de kans op sterfte zo klein mogelijk te maken, de kans op een defect te verminderen dan wel de omvang van het defect zoveel mogelijk te beperken. Geneeskundige behandeling kan er ook op gericht zijn recidief van het probleem te voorkomen.

*Geneeskundig handelen is handelen op basis van een geneeskundig oordeel. Het omvat afwachten, geneeskundig onderzoek en geneeskundige behandeling.*

Onder geneeskundig onderzoek wordt verstaan handelen om uit te maken of een gezondheidsprobleem een geneeskundig probleem is.

Geneeskundige behandeling omvat medicamenteuze therapie, chirurgische ingreep, fysische therapie en leefregel. Onder “medicamenteuze therapie” wordt verstaan ingrijpen dat door middel van het in of op het lijf brengen van een werkzame stof wordt uitgevoerd, dat is dus inclusief prothesen en dermatologische therapie door middel van zalven en dergelijke.

25. Van der Velden 1983.

26. Wulff 1980.

Onder "chirurgische ingreep" wordt verstaan inwendig, bloedig ingrijpen, voorzover niet met medicamenteus oogmerk, -implantatie met bijvoorbeeld Refusal<sup>27</sup> met als doel alcoholabusus te voorkomen moet tot de medicamenteuze therapie gerekend worden, evenals intraveneuze en intramusculaire injecties.

Onder "fysische therapie" wordt verstaan een uitwendige ingreep voor zover geen medicamenteuze therapie.

Onder "leefregels" wordt verstaan ingrijpen door grenzen te stellen aan leefpatronen: eten, slapen, werken, defaecatie en mictie, sexueel en ander lijfelijk contact met anderen, waarbij er vanuit gegaan wordt dat deze leefregels worden nageleefd. Deze vier: medicamenteuze therapie, chirurgische ingreep, fysische therapie en het instellen van leefregels vormen tezamen geneeskundige therapie of behandeling, mits ermee wordt nagestreefd het voorspelde functieverlies of de voorspelde vormafwijking in duur en omvang te beperken.

Hoewel "geneeskundig handelen" een courant begrip is, -het wordt als zodanig in Van Dale vermeld- heb ik in recente Nederlandse literatuur er geen systematische uiteenzetting over kunnen vinden. Niet in het leerboek Huisartsgeneeskunde van Van Es,<sup>27</sup> noch in het leerboek Interne Geneeskunde van Den Ottolander.<sup>28</sup> Ook Lindeboom<sup>29</sup> noemt dit begrip niet in zijn boekje over begrippen in de geneeskunde. Breung geeft een cultureel bepaalde omschrijving van geneeskunde: geneeskunde is, in het kader van een bepaalde samenleving, dat systeem van kennis en handelwijzen dat gespecialiseerd is in het aanvangen van de aldaar bestaande gezondheid/ziekteproblematiek.<sup>30</sup> Op grond van een dergelijke omschrijving is het niet mogelijk geneeskundig handelen te operationaliseren. Morrell is van mening dat het belangrijkste therapeutische wapen dat in de huisartspraktijk gebruikt wordt de arts zelf is: hij wordt bij ieder consult in verschillende doses voorgeschreven. Vervolgens gaat hij in het hoofdstuk over behandeling<sup>31</sup> in op achtereenvolgens: luisteren; advies, psychotherapie, gebruik van geneesmiddelen, symptomatische behandeling, de behandeling van pijn, het schrijven van recepten in de huisartspraktijk. Dat is zeker geen systematische uiteenzetting van geneeskundig handelen, noch van geneeskundige behandeling.

Aan het begin van deze paragraaf werd de vraag gesteld onder welke voorwaarden een geneeskundig oordeel mogelijk is. Het antwoord luidt: een geneeskundig oordeel is slechts mogelijk over een medisch probleem waarvan de waarde van de medisch-predictieve betekenis bekend en niet nul is; er is in dat geval sprake van een *geneeskundig probleem*. Over een geneeskundig probleem is een voorspelling mogelijk in termen van *geneeskundige criteria*; dat is bij de huidige stand der medische wetenschap in termen van fysische en chemische grootheden.

De Arabische arts Averroës (1126-1198) zei: "De studie der geneeskunde kan een eerlijk mens grote vreugde bereiden, maar zijn geweten zal hem verbieden, hoe uitgebreid zijn kennis ook moge zijn, de geneeskundige praktijk uit te oefenen."<sup>32</sup> In oud-Egyptische teksten worden indica-

27. Van Es 1980.

28. Den Ottolander 1978.

29. Lindeboom 1982.

30. Breung 1980 blz. 10.

31. Morrell 1978 blz. 124.

32. geciteerd naar Weressajew 1902 blz. 132.

ties geformuleerd waarin het heet: "Een lijden dat gij niet zult behandelen."<sup>33</sup> Hippocrates schreef: "De geneeskunst bestaat in het vermogen zieken van hun kwalen te bevrijden, in het vermogen de klachten der zieken in hevigheid te doen afnemen en tenslotte in het nalaten van pogingen die zieken te genezen, wier kwaal oppermachtig, waardoor ongeneeslijk is."<sup>34</sup>

Er zijn tal van problemen waarvan nauwelijks betwijfeld kan worden dat geneeskundig handelen bij de huidige stand van medische wetenschap en bij de huidige sociaal-economische omstandigheden in Nederland kan bijdragen aan de oplossing van die problemen, hetzij door de patiënt te adviseren af te wachten omdat het probleem naar is te verwachten spontaan zal verdwijnen, hetzij door in te grijpen: griep, longontsteking, appendicitis, (juvenile) diabetes, bepaalde carcinomen, terminale nier-insufficiëntie.

Maar ook nu nog bestaan er geneeskundige problemen aan de oplossing waarvan geneeskundig handelen geen bijdrage kan leveren, zoals een gemetastaseerd maagcarcinoom of aan rheumatoïde arthrititis. En dan bestaan er gezondheids-problemen waarover geen geneeskundig oordeel mogelijk is: niet-geneeskundige problemen.

Tenslotte zijn er gezondheidsproblemen waarvan niet uitgemaakt kan worden of er sprake is van een geneeskundig probleem, of niet; niet omdat er onvoldoende informatie voor handen is over de patiënt en zijn gezondheidsprobleem, maar omdat de medische kennis ontbreekt om het gezondheidsprobleem zodanig te interpreteren dat een classificatie in een al dan niet geneeskundige problematiek mogelijk is: immers onze medische kennis is beperkt en de indeling geneeskundige/niet-geneeskundige problemen berust op een ideaaltypie. Als de patiënt geen onderzoek wenst, of als de middelen voor geneeskundig handelen ontbreken (omdat ze ter plaatse ontbreken, of bij een bepaalde stand der wetenschap (nog) niet voor handen zijn) is niet uit te maken of er sprake is van een geneeskundig probleem of niet, en moet de arts afwachten. Of een gezondheidsprobleem als geneeskundig probleem herkend kan worden is mede afhankelijk van de context van het probleem (zie hoofdstuk II).

Op de vraag van de patiënt aan zijn arts of handelen een bijdrage kan leveren aan de oplossing van zijn gezondheidsprobleem zijn vier antwoorden mogelijk:

33. Schipperges 1978 blz. 481.

34. De vertaling is van J.H. van den Berg (1959). Hij vermeldt met nadruk dat de Griekse text letterlijk van "niet behandelen", "μη 'εγχειρειν" spreekt. De passage is te vinden in E. Littré, *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, Paris Tome VI, p. 3 en 7; W.H.S.Jones, *Hippocrates* New York 1923 Vol II, p. 123.

1. Er is sprake van een oplosbaar geneeskundig probleem: geneeskundig handelen kan bijdragen aan de oplossing van het probleem;
2. Er is sprake van een onoplosbaar geneeskundig probleem: geneeskundig handelen kan niet bijdragen aan de oplossing van het probleem;
3. Er is sprake van een niet-geneeskundig probleem: er is geen geneeskundig oordeel mogelijk over het gezondheidsprobleem;
4. De arts komt tot de slotsom dat hij niet kan uitmaken of er van een geneeskundig probleem sprake is; hij wacht af.

Niet-geneeskundige problemen zijn nu in een tweetal categorieën te onderscheiden:

1. medische problemen waarvan de waarde van de medisch-predictieve betekenis nul is;
2. gezondheidsproblemen die niet in medisch-wetenschappelijke termen zijn te beschrijven.

Als er sprake is van niet-geneeskundige problemen is het mogelijk dat medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van dat probleem maar het risico en het effect van de ingreep moet dan worden afgewogen tegen de betekenis die de patiënt in zijn leefsituatie aan het probleem hecht; die afweging is niet op basis van medische deskundigheid alleen te maken.

Aparte vermelding verdienen de vele verschijnselen die in medisch-wetenschappelijke termen zijn te verklaren, waaraan misschien zelfs predictieve betekenis is toe te kennen. Ze worden soms als toevalsbevinding bij een geneeskundig onderzoek gevonden. Voorzover ze geen geneeskundig karakter hebben hoeven ze geen rol te spelen in het arts-patiënt-contact. Anders wordt het als een dergelijke toevalsbevinding negatief predictieve betekenis heeft. Ingaan op de vraag hoe de arts daarmee moet omgaan valt buiten het bestek van dit proefschrift.

Pijn kan een medisch probleem blijken: een ontsteking, een fractuur of een stoornis in het centrale zenuwstelsel vormen de verklaring van de pijn. Maar het kan ook anders, bijvoorbeeld als pijn wordt opgevat als signaal met communicatieve waarde; zo vat Post hoofdpijn op in zijn dissertatie over dat onderwerp. Het is in ieder geval opnieuw aan de (huis-)arts de aard van het probleem te beoordelen: Post komt na uitvoerig onderzoek van wat hij de "somatologische" literatuur noemt tot de conclusie dat allerlei indelingen in hoofdpijntypen van weinig betekenis zijn voor de huisartspraktijk; de enige indeling, die hij voor de huisarts van belang acht is de indeling in organische en niet-organische hoofdpijn.<sup>35</sup> Immers het is zaak hersentumoren, subdurale hematomen en andere intra-cerebrale processen snel op het spoor te komen.<sup>36</sup> Anders gezegd: het is de taak van de huisarts onderscheid te maken tussen hoofdpijn als geneeskundig probleem en als niet-geneeskundig probleem. Post houdt zich dan verder voornamelijk bezig met hoofdpijn als niet-geneeskundig probleem: chronische hoofdpijn waaraan meer

35. Post 1980 blz. 51.

36. id. blz. 46.



dan twee consulten werden besteed of die langer dan drie maanden bestond, zonder dat er een organische oorzaak werd gevonden. Post ontkent niet dat vasculaire componenten (vaatverwijding en -vernauwing) en spierspanning een rol spelen in de etiologie, maar als er dan al sprake is van een medisch probleem, dan is er nog geen positieve of negatieve medisch-predictieve betekenis aan te hechten.

Hoes schrijft dat zodra pijnklachten langer dan drie maanden bestaan, er een chronisch pijnstadium begint. "Er is vrijwel nooit een fysico-chemische invloed aanwijsbaar die een voldoende verklaring voor de pijnklachten geeft. Men vergelijkt deze fase wel met de uitputtingsfase van de AAS." (Seleye's algemene adaptatiesyndroom)<sup>37</sup>

Dat er een hoogontwikkelde methodologie op het gebied van het geneesmiddelen-onderzoek bestaat doet daaraan niet toe of af. Analgeticum A kan in een dergelijk onderzoek veel beter uit de bus komen dan analgeticum B; dat te weten heeft zijn waarde voor de arts die moet kiezen of hij het een of het ander zal gaan gebruiken. In die keus spelen geneeskundige overwegingen (bijwerkingen van geneesmiddelen) een belangrijke rol.

Nu ligt het in zoverre ingewikkelder dat sommige analgetica tevens gegeven worden om hun antiphlogistische werking; of de functie van de gewrichten verbetert is ter beoordeling van de arts. In een ingezonden brief in *Modern Medicine* wees Geukers op een onderzoek waarbij aangetoond zou zijn dat het toedienen van indometacin een snelle verslechtering van het arthrotische gewricht ten gevolge had. Dit zou ook dierexperimenteel aangetoond zijn. Het demonstreert dat medisch ingrijpen medisch-predictieve betekenis kan scheppen, ook met negatieve waarde. Dit aspect van medisch ingrijpen vergt zorgvuldige studie.<sup>38</sup>

Het effect van het analgeticum op de pijn is ter beoordeling van de patiënt. Is de patiënt daartoe niet in staat, of niet bereid, en blijft hij toch om analgetica vragen dan is hij kennelijk afhankelijk. Hetzelfde geldt voor benzodiazepinen om te kunnen slapen of om rustig te worden. Iedere behandeling door de arts van een niet-geneeskundig probleem middels medisch ingrijpen vooronderstelt de open bespreking van de aard van het probleem en overleg tussen arts en patiënt over de criteria waaraan het effect van dat handelen zal worden beoordeeld.

"In de geneeskunst is de geneesheer de gemachtigde van de lijder, die stilzwijgend aanneemt dat zijn slecht geformuleerde vraag als opdracht in de zin van het aangeduide doel van de geneeskunst zal worden opgevat", zo meent Menno J. Huizinga in 1896.<sup>39</sup> Dat is juist in zoverre het gaat om geneeskundige problemen. In alle andere gevallen bestaat zo'n doel niet.

37. Hoes 1980 b.

38. Geukers 1983 wijst in een ingezonden brief op een publicatie van Rönningen en Langeland, Act. Orthop. 7, 50, 169 (1979) waaruit blijkt dat met name het gebruik van het antirheumaticum indometacin een snelle verslechtering van het arthrotisch gewricht tot gevolg zou hebben; dit zou in dierproeven bevestigd zijn. Kingma 1977 blz. 230 wijst daar ook op.

39. Menno J. Huizinga 1896. Menno J. Huizinga (1850-1913) was geneeskundig inspecteur te 's Gravenhage.

### I.3 HUISARTS EN GENEESKUNDIGE OORDEELSVORMING

Van alle problemen die de Nederlandse huisarts worden voorgelegd wordt een aanzienlijk deel uitgemaakt door niet-geneeskundige problemen. Lamberts classificeerde 30.000 problemen die 11.000 mensen in de loop van een jaar aan een viertal huisartsen in de Rotterdamse wijk Ommoord voorlegden; 41% kon van een duidelijke somatische diagnose worden voorzien, waarvan 5% gedurende langere tijd nadelige gevolgen had voor het dagelijkse leven van de patiënt; 31% viel in het domein van het probleemgedrag, 11% was procedureel van aard (consultatiebureau, orale anticonceptie en screening) en 18% van alle problemen was vaag en wisselend van inhoud.<sup>40</sup>

Dat Lamberts van een "duidelijke somatische diagnose" spreekt is uiteraard onvoldoende garantie om te mogen besluiten tot het bestaan van een medisch probleem, laat staan van een geneeskundig probleem. Wel kan de conclusie getrokken worden dat tenminste de helft van alle problemen die de huisarts worden voorgelegd geen geneeskundige problemen blijken te zijn.

Touw-Otten is in haar proefschrift van mening dat in de huisartsgeneeskunde als vak van wetenschap rekening zou moeten worden gehouden met de integrale gezinsgeneeskundige en levensloop-aspecten van de problemen die mensen hun huisarts voorleggen. Wetenschapsbeoefening op deze terreinen is niet eenvoudig, toch kiest ze voor deze benadering als uitgangspunt van haar studie over wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde.<sup>41</sup> Op grond van een onderzoek naar de 145 dissertaties die huisartsen in de periode 1945-1979 bewerkt hebben komt ze tot de conclusie dat er geen sprake is van huisartsgeneeskunde als een samenhang van wetenschappelijke theorieën.

Touw-Otten blijft er echter bij dat de huisartsgeneeskunde als vak van wetenschap in de door haar aangegeven richting ontwikkeld zou moeten worden. Als voorbeeld van een onderzoek dat aan haar criteria van wetenschapsbeoefening in de huisartsgeneeskunde voldoet bespreekt ze de dissertatie van Spreeuwenberg. Op deze dissertatie kom ik op bladzijde 42 e.v. terug.

Huygen noemt in zijn bijdrage tot de zgn. paradigmadiscussie het epidemiologisch denken als eerste paradigma van de huisartsgeneeskunde. Het gaat om de vraag of medische (of andere) hulp nodig is; daarbij moeten voortdurend risico's tegen elkaar afgewogen worden, zo meent hij. Ook de anticiperende geneeskunde, -het vroegtijdig opsporen van verschijnselen van geneeskundige aard bij patiënten die het spreekuur

40. Lamberts 1978.

41. Touw-Otten 1981 blz. 45.

van de huisarts bezoeken voor willekeurig welke aandoening of vraag, en die op een of andere manier tot een "population at risk" behoren- rekent hij tot dit veld van onderzoek.<sup>42</sup>

De basis voor dit epidemiologische denken is aan het begin van deze eeuw gelegd door de Engelse huisarts James MacKenzie (1853-1925). Door een morbiditeitsstatistiek over 1000 consulten te vergelijken met de mortaliteitsstatistiek uit die dagen komt hij tot de conclusie dat er verschil is tussen de groep van ziekten die de gezondheid aantasten en de groep van ziekten waaraan mensen sterven. Over de eerste groep is weinig bekend en MacKenzie veronderstelt dat deze groep aandoeningen omvat die predisponeren tot ernstiger, wel dodelijke ziekten.

Hij onderscheidt daartoe vier stadia:

1. het predisponerende stadium; het individu is vrij van ziekte, maar door de invloeden van buitenaf gemakkelijk ziek te maken;
2. het vroege stadium: de ziekte is aanwezig, er zijn nog uitsluitend subjectieve symptomen zonder weefselbeschadiging; genezing is mogelijk;
3. het gevorderde stadium: er is weefselbeschadiging opgetreden; er zijn objectieve symptomen;
4. het slotstadium: de dood.

Tot dan toe had de geneeskunde zich vooral bezig gehouden met het derde en vierde stadium, met ziekten die ten grondslag liggen aan het sterfjepatroon, zo meent MacKenzie in 1919. Maar nu staat zij voor de opgave het eerste en tweede stadium te onderzoeken. Daartoe hebben we inzicht nodig in de begunstigende factoren, het beloop der symptomen, de consequenties van de ziekte en van het mechanisme dat de symptomen te voorschijn roept. Daartoe is een onderzoeker nodig die de omstandigheden waarin de ziekte ontstaat en alle stadia kan waarnemen. Nu, de vroege stadia met hun subjectieve klachten worden door de huisarts gezien, niet door de clinicus, zo betoogt MacKenzie. Bovendien ziet de huisarts zijn patiënt niet alleen vandaag, hij kan hem observeren gedurende zeer lange tijd. De tegenwerping dat de geneeskunde te complex zou zijn voor de huisarts, dat de algemene practicus uit de tijd zou zijn keert zich tegen diezelfde geneeskunde: de geneeskunde is zo complex omdat ze niet goed gefundeerd is. Specialisten kunnen bogen op grote successen, door hun toedoen is onze kennis sterk toegenomen, maar inmiddels is de eenvoud, het kenmerk van het ware, ver te zoeken in de geneeskunde. Daarom ook moet het met de geneeskunde een andere kant op, meent MacKenzie.<sup>43</sup>

Eenvoud mag dan het kenmerk van het ware genoemd worden, het is

42. Huygen 1978 c.

43. MacKenzie 1919 zie ook Mair 1973.

geen garantie voor waarheid; evenmin als de complexiteit van een theorie een conclusie toelaat met betrekking tot de waarheid van die theorie. Het argument van MacKenzie is echter de onvolledigheid van medische onderzoeksprogramma's die zich uitsluitend binnen de muren van een ziekenhuis afspelen.

In Engeland en ook in Nederland is in de laatste decennia veel onderzoek op dit terrein verricht.<sup>44</sup> De medische-predictieve onderzoekstraditie is waarschijnlijk de belangrijkste onderzoekslijn in de huisarts-geneeskunde.

Om tot een geneeskundig oordeel te kunnen komen is kennis van medische predictie nodig. Maar kennis van medische predictie vormt geen voldoende garantie om te kunnen aangeven of geneeskundig handelen effectief zal zijn. Er zijn tal van factoren -we zullen ze in het volgende hoofdstuk tegenkomen- die de effectuering van geneeskundig handelen kunnen verhinderen. Dat wetenschappelijk onderzoek naar de invloed van dergelijke factoren op het effect van geneeskundig handelen zeer gewenst is, spreekt voor zich. Uiteraard zal een dergelijke probleemstelling multidisciplinair moeten worden opgelost. Aan de basis van dergelijk onderzoek staat echter het geneeskundig oordeel, want alleen op die basis kan er sprake zijn van (huisarts-)geneeskunde, van integrale, van gezins- en van levensloop-geneeskunde als vak van medische wetenschap.<sup>45</sup>

44. Ik noem hier slechts W.P.D. Logan: *Morbidity statistics from general practice*, London 1960; en K. Hodgkin: *Towards earlier diagnosis*, Edinburgh/London 1978. Van dit laatste boek verscheen de eerste druk in 1963. Voor Nederland wijs ik op de morbiditeitsregistratie in de peilstations van het Nederlands Huisartsen Instituut, en de continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Van de 145 dissertaties die sinds 1945 tot 1979 door huisartsen werden bewerkt zijn er 45 aan morbiditeitsstudies gewijd (Touw-Otten 1981), waarvan de meest geciteerde ongetwijfeld die van Oliemans (1969) is geweest. De laatste jaren heeft Lamberts zeer veel werk op dit terrein verzet (Lamberts 1974/1975; 1982 a&b). Tot slot mag F.J.A. Huygen: *Family medicine, the medical life history of families* (1978 a) in deze overigens onvolledige opsomming niet ontbreken.

De grondslag voor deze onderzoekslijn is ongetwijfeld door MacKenzie gelegd (zie ook noot 11 van dit hoofdstuk). Maar de huisartsgeneeskunde is niet de enige erfgenaam van deze traditie. Ik wijs bijvoorbeeld op het onderzoek dat in Vlaardingen en Vlagtwedde door Van der Lende (1975) is verricht. De huisarts ontleent zijn betekenis als onderzoeker aan zijn positie aan de entree van de gezondheidszorg. Daarom is de uitkomst van de discussie die huisartsen aangaan met Van der Lende c.s. over de frequentie van voorkomen van CARA van belang voor de gezondheidszorg als geheel (Van der Lende 1978; Huygen 1978 b; Dokter 1982; Huygen e.a. 1983; Sluiter 1983).

45. cfr. Van Es 1983.

#### I.4 OVER DE GRENZEN VAN HET GENEESKUNDIG OORDEEL.

Fouten in de geneeskundige oordeelsvorming zijn in drie categorieën onder te brengen:

1. er wordt ten onrechte beweerd dat over een probleem geen geneeskundig oordeel mogelijk is;
2. er wordt een onjuist geneeskundig oordeel gegeven over een geneeskundig probleem;
3. er wordt ten onrechte beweerd dat over een probleem een geneeskundig oordeel mogelijk is.

Of een probleem op de juiste wijze kan worden herkend als een geneeskundig probleem is afhankelijk van de kennis en de vaardigheid die in een bepaalde tijd en op een bepaalde plaats aanwezig zijn. Het geneeskundig oordeel over patiënten die wij thans herkennen als lijdende aan juveniele diabetes vooronderstelt kennis van de suikerstofwisseling in het menselijk lijf, die een eeuw geleden niet voor handen was. Het oordeel kwam er opeens heel anders uit te zien toen het mogelijk werd insuline te produceren. Maar er zijn nog steeds plaatsen op aarde waar een dergelijke patiënt overlijdt zonder dat het beeld herkend is. Overlijdt echter iemand in onze tijd onder dit beeld in Nederland dan wijst dat bijna altijd op een fout die had kunnen worden voorkomen.

Door medisch onderwijs en door medisch wetenschappelijk onderzoek kan de medische faculteit haar bijdrage leveren aan het voorkomen van dergelijk onnodig lijden. Ongetwijfeld zijn er anno 1984 problemen die wij nu nog niet als geneeskundige problemen kunnen herkennen, maar die te eniger tijd zullen blijken oplosbare geneeskundige problemen te zijn.

Nu regardeert het hierboven gestelde vooral de eerste en de tweede fout. De derde fout hoeft echter niet op een tekort aan vaardigheid of kennis te berusten, maar kan ook het gevolg zijn van het overschrijden van de grenzen van onze kennis: meer voor waar houden dan de kennis die door wetenschappelijk onderzoek is gestaafd. De derde fout is specifiek voor het niet onderkennen van de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is. Als de arts die deze fout maakt besluit tot medisch ingrijpen schept hij daarmee een paradox: door zijn ingreep suggereert de arts dat hij weet wat hij doet, en dat hij de effecten van zijn handelen kan beoordelen; maar om erachter te komen wat het effect van zijn ingreep geweest kan zijn is hij afhankelijk van zijn patiënt. Het enige wat de arts kan beoordelen is de medisch-predictieve betekenis die door zijn medisch ingrijpen is geschapen. En zo heeft de arts een nieuw probleem geschapen zonder te kunnen beoordelen of hij bijdraagt aan de oplossing van het oorspronkelijke probleem. Er is sprake van *paradox handelen* van de arts.

Hier ligt de wortel van de medicalisering: over stabiele medische

problemen, medische problemen waarvan de predictieve betekenis niet bekend is en over problemen die niet in medisch-wetenschappelijke termen begrepen kunnen worden is geen geneeskundig oordeel mogelijk. Het zou onjuist zijn daaraan direct de consequentie te verbinden dat de arts ook nog andere dan medische wetenschappen zou moeten beheersen. In de eerste plaats moet de arts zich kritisch bezinnen op de mogelijkheden van geneeskundig handelen, en op de consequenties die de begrenzing van de medische kennis voor zijn geneeskundig oordeelsvermogen heeft. Pas daarna zou hij zich kunnen afvragen onder welke omstandigheden een ander dan geneeskundig oordeel mogelijk is. Daarvoor zal hij dan in de leer moeten bij niet-geneeskundigen.

Het geneeskundig oordeelsvermogen is beperkt omdat de problemen die de arts worden voorgelegd slechts voor een deel geneeskundige problemen zijn, en omdat, ook als een gezondheidsprobleem in principe als een oplosbaar geneeskundig probleem moet worden beschouwd tal van externe factoren, die in hoofdstuk twee als de context van het probleem besproken zullen worden het effect van geneeskundig handelen kunnen beïnvloeden. Dat is de prijs die betaald moet worden voor een op basis van medische wetenschap te toetsen antwoord op de vraag onder welke voorwaarden medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van de problemen die de arts worden voorgelegd. "Want onvolkomen is ons kennen en onvolkomen ons profeteren" (1 Cor. 13:9) En het volmaakte is nog niet gekomen.

Het leven is kort, de kunst is lang, de goede gelegenheid vluchtig, het experiment bedrieglijk, het oordeel moeilijk. Niet alleen is noodzakelijk dat de arts al het nodige doet, maar dat de omgeving en vooral ook de patient zelf alles doen in de richting van het te bereiken doel. (Hippocrates.)

## II De context van het probleem

### II.1. DE BETEKENIS DIE DE PATIËNT AAN ZIJN PROBLEEM HECHT.

Op grond van de betekenis die iemand aan een (gezondheids-)probleem hecht, beslist hij het voor te leggen aan een arts: het kan zijn omdat hij ergens last van heeft, of omdat hij zich ongerust maakt over iets; het kan zijn dat kennissen, familieleden, of mensen op het werk erop hebben aangedrongen; of dat hij door een arts is verwezen naar een andere arts; en soms bezoekt iemand zijn arts om iets wat in onze maatschappij alleen via een arts is te verkrijgen: een gezondheidsverklaring, slaaptabletjes of “de pil”.

Er zijn tal van redenen waarom patiënten hun arts bezoeken; in alle gevallen kan een geneeskundig probleem achter de hulpvraag schuil gaan, ook als mensen om een gezondheidsverklaring, een slaaptabletje of om “de pil” komen; maar obligaat is het niet.

Het geneeskundig oordeel voegt iets toe aan de betekenis die de patiënt aan zijn probleem hecht. Immers, de patiënt die zijn arts bezoekt en te horen krijgt dat hij aan één of andere ziekte lijdt, heeft op zijn minst twee problemen: de ziekte en de angst voor de ziekte (of de opluchting dat het niet iets anders, ergers is, of de vraag hoe lang het duurt voor het weer over is, enz..) Het begrip van een probleem als geneeskundig probleem kan deel uitmaken van de betekenis die de patiënt aan zijn probleem hecht, maar vormt nooit meer dan een deel ervan.

Heelan<sup>1</sup> vertelt van iemand die zijn arts bezoekt omdat hij zich niet lekker voelt. “This kind of ordinary visit to a doctor is an example of a clinical encounter, a meeting with a physician to discern the pathology -if there is one- responsible for sickness and to determine the therapeutic treatment to be applied to control the pathology and so to restore health and the sense of well-being.” Dat zou in één regel gekenschetst, de essentie van geneeskundige oordeelsvorming zijn, als van predictie melding was gemaakt. Dat is niet het geval. Wel maakt Heelan onderscheid tussen “manifest images”, de betekenis die de patiënt aan zijn gezondheidsprobleem hecht, en “scientific images”, het beeld dat de wetenschap heeft ontworpen van het gezondheidsprobleem.

1. Heelan 1977.



Het hier geciteerde artikel handelt over de relatie tussen klinische en basiswetenschappen. "The difference between clinical science and basic science is the difference between subject and object: the clinical physician is science subjectively; the basic scientist, in contrast, has science as an objective possession."<sup>1</sup> De klinische wetenschap is deel van de persoon van de geneesheer. Dat is een onjuiste opvatting: het verschil tussen de geneesheer en de wetenschapsbeoefenaar ligt in het doel dat zij nastreven: de laatste tracht betrouwbare kennis te vergaren, de eerste tracht problemen die patiënten hem voorleggen op te lossen.<sup>2</sup> De "scientific images" die Heelan onderscheidt van "manifest images" zijn van medische aard, en niet noodzakelijk kerwijns geneeskundige problemen.

"Images of the world discriminate states through the use of subject-oriented terms are called "manifest images", that is, they manifest objects directly as functions of shared subjective intentions within some context spanned by the instruments and embodiments of shared values, meanings and purposes. Such objects are perceived in an immediate way — as manifest — because their presence responds directly the human interests that pervade the subject's intentions and circumscribe the horizon of his concerns...

Scientific images, on the other hand, are the products of theory construction and testing, experimentation, and objective measurement; they often seem remote because they are known by reasoning as conclusions from theoretical premises and get their evidential support indirectly; they do not belong to the context of anybody's lifeworld. A state of sickness is a manifest image of a bodily state that — in the scientific image — may or may not be pathological. A pathological state in the scientific image, however, may or may not be a state that — in a manifest image — is experienced as a state of sickness. There are then two taxonomies for states of the human body: manifest and scientific. Each has his system of classifications and divisions. It is a point in logic that any classification of disease that confuses these two taxonomies is methodologically unsound. Pellegrino has criticised the traditional classification of bone diseases for mixing and confusing these two taxonomic systems, and he has proposed to replace the traditional classification by one in which manifest and scientific components can be separated: a new classificatory system can then be introduced on the basis of clusterings of statistical correlations between elements of the two sets. Manifest images, however, being functions of shared personal intentions, may and do vary with the different life-worlds of different cultural communities. Consequently, what is experienced in the manifest image as sickness may vary with the historical, geographical and cultural diversity of people."<sup>1</sup>

Van een klacht is sprake als mensen hun zelfbevinden als gestoord

2. Ten Have 1981.



ervaren of hun eigen kunnen als abnormaal of beneden de maat inschatten; een klacht is een stoornis in de gezondheidstoestand van een mens, die al dan niet een symptoom kan blijken van een geneeskundig probleem.<sup>3</sup> Of mensen hun klachten aan een arts voorleggen en tot een probleem maken is afhankelijk van historische, geografische en culturele factoren.

Brouwer en Touw-Otten constateren dat 85% van de patiënten de huisarts bezochten met last, 7% met een verschijnsel dat als signaal werd beschouwd van iets waarvoor medische hulp gewenst was (vooral amenorrhoea) en 8% van de patiënten kwam met een probleem dat niet bleek samen te hangen met ziekte (voornamelijk anticonceptie), 88% van de patiënten had een bijkomend motief om naar de dokter te gaan, onder andere het als ongewoon ervaren van het klachtenbeloop, angst, ongerustheid en een reeds bestaande behoefte aan huisartsenhulp. Meer dan de helft van de patiënten had overleg gepleegd, vooral met gezinsleden, alvorens de klacht voor te leggen aan de huisarts, 37% van de patiënten had enige vorm van zelfbehandeling toegepast. Door met anderen over de klacht te praten kan de betekenis van de klacht voor mensen veranderen.<sup>4</sup>

Het geheel van ervaringen, dat mensen vanuit hun persoonlijke historie in hun eigen culturele en maatschappelijke omgeving in relatie brengen tot hun klacht, is de betekenis die mensen aan hun klacht hechten. Het beeld dat mensen hebben van de bijdrage die de geneeskunde kan leveren aan de oplossing van klachten maakt derhalve deel uit van de betekenis die mensen aan hun klacht hechten; op grond van dat beeld kunnen mensen beslissen hun klacht als probleem voor te leggen aan een arts. Het is de functie van de arts op grond van zijn kennis van de medische wetenschap dat beeld te bevestigen of als onjuist te kwalificeren.

Er is maar één vraag waarop een geneeskundig antwoord mogelijk is: onder welke voorwaarden kan geneeskundig handelen bijdragen aan de oplossing van een probleem. Als er sprake is van een onoplosbaar geneeskundig probleem of van een niet-geneeskundig probleem, kunnen arts en patiënt in onderling overleg eventueel nagaan in hoeverre medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van het probleem. Als in dat geval de patiënt van mening blijkt dat medisch ingrijpen niet kan bijdragen aan de oplossing van zijn probleem, of als de arts niet bereid is tot medisch ingrijpen, dan kan er van medische hulp geen sprake zijn.

De patiënt kan derhalve de arts vragen:

1. om een geneeskundig oordeel;
2. om medische hulp;
3. om persoonlijke hulp.

In het zogenaamde "methodisch werken" worden verschillende categorieën hulpvragen onderscheiden<sup>5</sup>:

3. Hogerzeil 1981 a.

4. Brouwer en Touw-Otten 1974.

5. geciteerd naar Van Es 1980 blz. 209. Voor methodisch werken zie Holten-Vriesema 1978.

Terzijde zij opgemerkt dat het onjuist is om te spreken van een "somatische vraag om hulp", zoals Holten-Vriesema, en in haar voetspoor Van Es doen; dit moet zijn de "vraag om somatische hulp".

- a. vragen om somatische hulp;
- b. andere vragen om hulp, bijvoorbeeld om hulpverlening bij het beleven van problemen. "Veel patiënten verwachten een advies, een behandeling of een maatregel die de oplossing zal brengen, waar vooral de hulpzoekende zelf moet werken aan een verandering van houding of situatie";
- c. vragen om begeleiding;
- d. oneigenlijke vragen om hulp. "Soms komen er vragen op waarbij de huisarts voor het karretje van de patiënt kan worden gespannen";
- e. doelvragen, bijvoorbeeld vragen om verwijzing naar een specialist;
- f. alibivragen.

De vraag om somatische hulp is op te vatten als vragen om een geneeskundig oordeel of om medische hulp. Alle andere vragen zijn (oneigenlijke) vragen om persoonlijke hulp.

Op grond van zijn medische deskundigheid is de arts ook in staat om een medische verklaring af te geven: of iemand doof is, of kleurenblind, of iemand het normale gebruik van voet of been, hand of arm mist. In al deze gevallen is de norm niet te zijner beoordeling, maar van de opdrachtgever. Wie kleurenblind is kan geen treinmachinist worden, maar wel conducteur, zo heeft de directie van de Nederlandse Spoorwegen, gezien de eisen die aan deze beroepen met betrekking tot het gezichtsvermogen gesteld moeten worden, besloten. En zo vraagt het CBS of iemand het normale gebruik van een voet of been, van een hand of arm mist, waardoor hij een speciale aanpassing in zijn auto nodig heeft. De arts kan een medisch probleem vaststellen; de betekenis van dat probleem moet blijken uit de context.

Terzijde zij nog opgemerkt dat veelal medewerking van de patiënt vereist is om vast te kunnen stellen of er sprake is van een afwijking van de gestelde norm: niet om vast te kunnen stellen dat iemands been een normale lengte heeft, maar wel als het er om gaat of een been paretisch is of niet, of in hoeverre iemand doof is.

Zo kan de arts ook een geneeskundige verklaring afgeven waarin hij verklaart dat er, voor zover de onderzochte persoon de vragen van de arts naar waarheid heeft beantwoord en binnen de grenzen van zijn oordeelsvermogen (op keuringsformulieren wordt vaak nauwkeurig vermeld welke onderzoeken verricht moeten worden en met welke methode) geen sprake is van geneeskundige problematiek. Deze studie beperkt zich tot problemen die individuen hun arts voorleggen; verklaringen over personen op verzoek van derden vallen daarbuiten.

Het moet mogelijk zijn om een classificatie van hulpvragen aan de gezondheidszorg te ontwerpen vanuit de hulpzoekende. Een dergelijke classificatie moet dan bruikbaar zijn voor alle vormen van gezondheidszorg, inclusief zelfzorg en mantelzorg. Als een classificatie van hulpvragen aan de (huis)arts zou moeten worden ontworpen zou die een synthese moeten vormen tussen de classificatie van hulpvragen aan de gezondheidszorg en de eigenlijke en oneigenlijke vragen waarop (huis)artsen antwoord kunnen geven. Aangezien in de zojuist geciteerde opsomming niets is terug te vinden van inzicht in de grenzen van het geneeskundig oordeelsvermogen is deze opsomming niet als een dergelijke classificatie te beschouwen.

De RFEC (reason for encounter classification) lijkt wel tegemoet te komen aan de hier ontworpen classificatie van hulpvragen aan de arts.<sup>6</sup> Deze RFEC is een tweedimensionale classificatie bestaande uit 7 componenten en 16 hoofdstukken. De hoofdstukken hebben betrekking op de verschillende onderdelen van het menselijk lichaam, op algemene klachten, en op psychische en sociale problemen. De 7

6. Lamberts 1982 a.

componenten zijn "1.symptoms and complaints; 2. diagnostic, screening and preventive procedures; 3.treatment, procedure and medication; test-result; 5.administrative; 6.other; 7.diagnosis and diseases." In de laatste component is de ICHPPC-2 (international classification of health problems in primary care) compleet terug te vinden.

In deze classificatie moet het mogelijk zijn om bij een gedetailleerdere beschouwing dan hier gegeven kan worden vragen om een geneeskundig oordeel (in de componenten 1,2,3,4 en 7 de hoofdstukken betrekking hebbend op de delen van het menselijk lijf en algemene klachten) te onderscheiden van de vragen om medische hulp (in de componenten 2,3,4, en 5 voorzover niet betrekking hebbend op de hoofdstukken psychische en sociale problemen) en van de vragen om persoonlijke hulp (in component 6 en de hoofdstukken psychische en sociale problemen).

De betekenis die mensen aan hun probleem hechten vormt slechts een deel van de context van het probleem: het is de afspiegeling van de context van het probleem zoals de patiënt vanuit zijn leefsituatie en zijn ervaring met ziekte en gezondheid die aan de arts presenteert.

## II.2 DE PATIENT EN ZIJN OMGEVING.

Dat de omstandigheden waarin de patiënt verkeert van betekenis zijn voor het antwoord op de vraag of geneeskunde kan bijdragen aan de oplossing van het probleem heeft Querido trachten aan te tonen<sup>7</sup>. Hij deed onderzoek bij een groot aantal ziekenhuispatiënten en kwam tot de volgende conclusies:

"Door middel van een team bestaande uit een algemeen arts, een maatschappelijk werker en een psychiater, kan als routine-onderzoek een oordeel worden gevormd omtrent sociale en/of psychische spanningen van een voor lichamelijk lijden opgenomen patiënt. Dit oordeel wordt integratief genoemd en beantwoordt de vraag of een patiënt naast zijn lichamelijke ziekte spanningen heeft die het welbevinden ongunstig beïnvloeden. Patiënten bij wie volgens het integratief oordeel spanningen aanwezig zijn die het welbevinden storen, blijken bij katamnestic onderzoek in een significant geringer aantal in bevredigende toestand te verkeren dan de patiënten bij wie geen spanningen werden gevonden. De voorspellingen omtrent genezingskansen op het integratieve oordeel gebaseerd, worden door het katamnestic onderzoek in groter aantal bevestigd dan de klinische prognose."

"Als bij patiënten spanningen en conflicten worden gevonden, welke hij naar het oordeel van het team niet aankan, spreekt men van "overbelasting". In een aantal gevallen is zijn lichamelijk lijden met deze spanningen nauw verweven, in andere gevallen staan beide groepen van verschijnselen naast elkaar. Het is echter niet waarschijn-

7. Querido 1959.

lijk dat dat lichamelijk herstel bereikt zal worden zolang de spanningen bestaan, of wel dat de patiënt, ook al herstelt hij lichamelijk, in een bevredigende toestand zal komen, omdat de geconstateerde spanningen hem blijven hinderen. Onafhankelijk van de vraag hoe de klinische prognose van het somatisch lijden is, wordt bij overbelasting de kans op een katamnestic bevredigende toestand geringer geacht dan wanneer geen belasting wordt gevonden. “Geen belasting” betekent dus alleen gunstige prognose als een somatische toestand deze niet uitsluit; “overbelasting” betekent altijd ongunstige prognose.” “Uit het onderzoek kan de voorlopige conclusie worden getrokken dat de vorm en de aard van de overbelasting voor de clinicus van minder belang is dan het bestaan van overbelasting als zodanig, immers, overbelasting betekent steeds een vermindering van de herstelkansen.”

Merkwaardig was dat het integratieve oordeel met betrekking tot het maagzweerlijden minder betrouwbaar bleek dan het eenvoudige klinische oordeel: ongetwijfeld een reactie op wat de psychosomatiek in die dagen beweerde over maagzweren.

“Het team heeft niet kunnen aannemen dat een patiënt met een maag- of duodenumzweer geen spanningen zou hebben, die hij niet aan kan en heeft omgekeerd, uit het bestaan van het ulcus, het bewijs van de aanwezigheid van de spanningen geput. Blijkens de katamnese is een belangrijk aantal van deze conclusies “overbelasting” onjuist geweest. Dat is echter de enige diagnosegroep waarin dit gebeurt is; dit mag met zoveel zekerheid gezegd worden, omdat juist dit geval bewijst hoe duidelijk de fout naar voren komt.”

In de beschouwing van zijn onderzoek stelt Querido: “Men kan zich afvragen of dit onderzoek tot een andere conclusie heeft geleid dan dat tobbers, zwaartillende en moeilijk levende mensen evenzeer een ziekte moeilijker verwerken dan een ander. Was het nodig zoveel aandacht te besteden aan een dergelijke vanzelsprekenheid ... ons onderzoek toonde aan dat bij 1128 patiënten een gunstige prognose werd gesteld ... maar niet meer dan 660 (58%) verkeerde bij na-onderzoek in een bevredigende toestand ... Wil men het verschijnsel van psychische en/of sociale overbelasting terugbrengen tot een zwaartillendheid, een levenshouding of een eigenaardigheid van de patiënt, dan moet men zich realiseren dat deze de mogelijkheden van de kliniek tot iets meer dan de helft reduceren.”

Wat Querido heeft aangetoond is dat problemen van mensen die conflicten en spanningen hebben en die met hun problemen in het ziekenhuis zijn beland, minder goed in hun beloop zijn te voorspellen door de geneeskunde dan problemen van mensen zonder conflicten en spanningen.

---

“Dit onderzoek wijst uit dat in ongeveer de helft van de in de kliniek opgenomen gevallen de arts wel, de patiënt echter niet bij machte is aan de genezing mee te werken.” Dat is een zinvolle conclusie voor zover het gaat om geneeskundige problemen. Maar als er geen sprake is van een geneeskundig probleem kan de arts geen “klinische prognose” geven. Op grond waarvan zou de arts dan moeten beoordelen of hij bij machte is bij te dragen aan de oplossing van het probleem anders dan op grond van de betekenis die de patiënt aan zijn probleem hecht?

Hoekstra geeft hiervan een fraaie illustratie: “Als een patiënt zegt: “Ik heb vroeger te hard gewerkt en daardoor heb ik nu rugklachten” betekent dit dat hij zijn rugklachten altijd zal houden. Mensen die zo over hun klachten praten kunnen nimmer van hun klachten afgeholpen worden tenzij de arts iets inventiefs brengt. Het heeft iets te maken met de betekenis die het lichaam voor de mens heeft:

.het lichaam als raadsel: ik weet het niet ...

.het lichaam als zwakte: kou, aangeboren, ongelukkige beweging

.het lichaam als teken: zo ben ik geworden, kijk maar: ik heb te hard gewerkt; dat ongeluk heeft mij zo gemaakt.

Het lijkt van belang vooral bij de meer chronische patiënten de mening van de patiënt en zijn eventuele familie te weten en deze kennis te incorporeren in het totale behandelingsplan.”

Maar ook Hoekstra geeft geen antwoord op de vraag op welke manier hij meent te kunnen beoordelen of de inventiviteit van de arts zal bijdragen aan de oplossing van het probleem.

Vier jaar voor de publicatie van het onderzoek van Querido verschijnt van zijn hand het boek “*Integrale geneeskunde*”. Daarin schrijft Querido: “De vraagstelling van ons onderzoek was of een evidente stoornis in het somatische vlak a priori voldoende zekerheid biedt dat de voorwaarden tot herstel inderdaad ook in dit vlak gelegen zijn. Het antwoord op deze vraag moet ontkennend luiden.”<sup>9</sup>

Maar wat onder een “evidente stoornis in het somatische vlak” moet worden verstaan — een geneeskundig probleem, een medisch probleem of zelfs een probleem waarvan mensen menen dat het om een medisch probleem gaat — dat lezen wij bij Querido niet.

Querido heeft willen aantonen dat psychische en sociale factoren, die mede de context van het probleem uitmaken, moeten worden meegewogen in het oordeel: of hem dat gelukt is staat ter discussie omdat hij geen onderscheid heeft gemaakt tussen geneeskundige en niet-geneeskundige problemen.

Als de patiënt met longontsteking er niet van overtuigd kan worden dat hij penicilline-capsules moet slikken wil hij beter worden, of als de patiënt zo in de put zit dat hij de zin van zijn leven niet meer inziet en daarom

8. Hoekstra 1982 blz. 275.

9. Querido 1955 blz. 240.

geen capsules wil slikken, of als de patiënt geen geld heeft om ze te kopen, dan loopt die patiënt het risico zijn ziekte niet te overleven. Als een probleem als een onoplosbaar geneeskundig probleem wordt beoordeeld, dan kan de arts, die dat oordeel uitspreekt, signaleren dat de gunstige omstandigheden waaronder dat probleem wel oplosbaar zou zijn, ontbreken. Dat doet de arts die zijn patiënt het roken afraadt omdat de arts onder die omstandigheden geen bijdrage kan leveren aan de verbetering van de chronische bronchitis die de patiënt steeds weer plaagt. Dat doet ook de arts die erop wijst dat verbetering van sociaal-economische toestanden voorwaarde is voor de geneeskunde om te kunnen bijdragen aan de oplossing van geneeskundige problemen. Dat is ongetwijfeld ook het kader waarin Virchow's beroemde uitspraak "Die Aerzte sind die natürliche Anwälté der Armen und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiction" moet worden begrepen<sup>10</sup>. Maar of wat de arts bepleit gebeurt, hangt van tal van andere factoren af, die buiten het geneeskundig oordeelsvermogen vallen.

Heel imposant heeft Weressajew dit al in 1902 geschetst. Veel mensen zijn niet te helpen en vele, ook beroemde, dokters voelen zich onmachtig. Weressajew citeert een gedicht van Billroth dat deze aan de componist Brahms zond:

"Ich kann nicht mehr ertragen  
Wie mich die Menschen täglich, stündlich quälen  
Wie sie Unmögliches von mir begehren!  
Weil ich ein wenig tiefer wohl als andere  
In der Natur geheimstes Wesen drang,  
So meinen sie, ich könnte gleich den Göttern,  
Durch Wunder leiden nehmen, Glück erzaubern,  
Und bin doch nur ein Mensch wie andere mehr.  
Ach, wusstet Ihr, wie 's in mir wallet, siedet,  
Und wie mein Herz den Schlag zurücke halt,  
Wenn ich statt Heilung mit unsichern Worten  
Kaum Trost kann spenden den Verlorenen  
Was soll denn aus mir werden  
Aus mir, dem viel bewunderten hilflosen Mann?"<sup>11</sup>

Toch presteert de geneeskunde wel iets; zij heeft ten doel mensen te genezen maar het blijkt dat zij alleen rijke, vrije mensen kan genezen. Weressajew vertelt het verhaal van Wassjä, de schoenmakersleerling, die iedere dag in een bedompte werkplaats zit en op feestdagen door zijn baas wordt opgesloten "omdat ie anders toch alleen maar kattenkwaad zou

10. Ackerknecht 1957 blz. 36.

11. geciteerd naar Weressajew 1902.

uithalen". Zo ook de wasvrouw die geen natte handen mag krijgen, de vrachtrijder die niet zwaar mag tillen, de wever die stoffige plaatsen moet vermijden, de boer die, ondanks zijn pneumonie aan het werk ging, en dat met de dood moest bekopen. En sommige mensen kunnen ondanks vermoeidheid niet slapen zonder broomkali, sommigen zonder eetlust-opwekkers niet eten en weer anderen eten niet maar drinken steeds bier. "Sinds ik dokter geworden ben kan ik mij in het geheel niet meer voorstellen wat den mensch eigen is." De geneeskunde kan niet alle problemen oplossen, maar zelfs de oplossing van in principe te genezen aandoeningen wordt soms door externe, niet-geneeskundige factoren verhinderd. Weressajew besluit in vertwijfeling:

"De alleswetende mens hangt aan het kruis, zijn handen en voeten zijn met spijkers doorboord. De geneeskunde doet de bloedige wonden met arnica uitwasschen en met compressen bedekken: dat is alles wat zij in staat is te doen. Er is geen wetenschap die leert hoe men wonden met daarin gestoken spijkers tot genezing kan brengen, de wetenschap kan er slechts op wijzen dat het leven onder die omstandigheden onmogelijk is en dat voor alles de spijkers uit de wonden verwijderd moeten worden."<sup>12</sup>

De geneesheer kan niet anders dan gunstige voorwaarden aanwijzen waaronder genezing kan volgen. "Cela est vrai. On n'est obligé qu'à traiter les gens dans les formes. Inderdaad wij hebben de zieken slechts volgens de regels der wetenschap te behandelen. Niet onze schuld is het dat de wetenschap zo onvolmaakt is."<sup>13</sup>

Een juist geneeskundig oordeel leidt niet automatisch tot effectief handelen: of geneeskundige problemen oplosbaar zijn is afhankelijk van de stand der wetenschap in een bepaalde tijd, is ook afhankelijk van de omgeving waarin de patiënt verkeert, van sociale en economische factoren, en van de wisselwerking tussen de patiënt en zijn omgeving.

### II.3 OPVATTINGEN OVER ZIEKTE EN GEZONDHEID

De laatste jaren staan alternatieve geneeswijzen en hun visies op ziekte en gezondheid in het centrum van de belangstelling. Naar de vorm is bijvoorbeeld homeopathie medisch ingrijpen: ook de homeopaath schrijft medicamenten voor, zij het in lage dosering. De homeopathie begrijpt de werkzaamheid van haar therapie als een heilzame reactie van het menselijk lijf op lage doses van middelen die in hoge doses de verschijnselen tweeweg brengen die het probleem van de patiënt uitmaken. Similia

12. Weressajew 1902 blz. 187.

13. id. blz. 254.



similibus curantur: het handelen van de homeopaath schept geneeskundige betekenis en is derhalve medisch ingrijpen, maar over de vraag of homeopathie een effectieve bijdrage levert aan de oplossing van (bepaalde) problemen, lopen de meningen uiteen; dat geldt evenzeer voor vele "reguliere" geneeswijzen.

Verificatie en inductie vormen volgens Popper het demarcatiecriterium tussen metafysica en wetenschap, tussen zin en onzin. Maar het gaat erom of een uitspraak op waarheid berust; gezien vanuit de wetenschap is de vraag of een uitspraak zinvol is of niet van secundair belang. Metafysische uitspraken zijn niet te toetsen op waarheid. Toch zijn ze soms de voorlopers van wetenschappelijke uitspraken<sup>14</sup>.

Om deze reden is het kortzichtig om alternatieve ideeën met betrekking tot gezondheid en ziekte als zinloos af te doen zolang ze niet gefalsificeerd zijn, ook al zijn ze dan niet als wetenschappelijke ideeën te beschouwen. Over het antwoord op de vraag welke alternatieve geneeswijzen als afdoende falsificeerbaar beschouwd moeten worden, kan men van mening verschillen.

De discussienota, in juni 1978 uitgebracht door de commissie alternatieve geneeswijzen, ingesteld in het jaar daarvoor door de staatssecretaris voor volksgezondheid en milieuhygiëne, formuleert een vijftal criteria, waaraan reguliere geneeswijzen plegen te voldoen<sup>15</sup>. Voldoet een geneeswijze niet aan één van deze vijf criteria, dan is er volgens de commissie sprake van een alternatieve geneeswijze. Deze vijf criteria zijn vooral van sociologische aard en steunen op de wetenschapsfilosofie van Kuhn; daarin is de "scientific community" normerend. Een dergelijke wetenschappelijke gemeenschap kan mijns inziens niet anders dan uitspraken over de predictieve betekenis van problemen trachten te falsifiëren. De commissie acht het spanningsveld tussen de "harde" wetenschappelijk gefundeerde methoden en de veelal als "zacht", dat wil zeggen niet zonder meer in wetenschappelijke termen te verantwoorden, praktische activiteit van groot belang voor het begrip van de situatie met betrekking tot de alternatieve geneeswijzen<sup>16</sup>. De commissie is van mening dat er sprake is van een monopoliepositie van de "reductionistische of causaal analytische" aanpak.

Breung stelt:

"Het probleem hier is dat in de sociale wetenschappen enerzijds het natuurwetenschappelijk model geen algemene aanvaarding vindt, terwijl men het anderzijds evenmin eens is over een ander model, respectievelijk andere criteria ... Zolang de sociale wetenschappen geen ander model, met andere criteria voor "wetenschappelijkheid" presenteren moeten wij wel een uniform wetenschapsbegrip hanteren, dat

14. zie Popper 1978 blz. 97, zie ook Magee 1974 blz. 59.

15. Discussienota Commissie Alternatieve Geneeswijzen 1978.

16. id. blz. 8.



aan de natuurwetenschappen is ontleend. Het blijkt dan dat juist de niet-somatische problemen, waarmee de huisarts wordt geconfronteerd, vrijwel nooit met gestandaardiseerde recepten zijn op te lossen, dat wil zeggen, vrijwel nooit op gestabiliseerde kennis en ervaring berusten.”<sup>17</sup>

Het is de vraag of er vanuit de sociale wetenschappen geen wetenschappelijk gefundeerd oordeel mogelijk is, zoals Breung hier stelt. Dat het echter zo gesteld kan worden is tekenend voor de kloof die er gaapt tussen medische en gezondheidswetenschappen.

Deze constatering, dat de medische wetenschap er slechts in beperkte mate in slaagt gezondheidsproblemen te verklaren, nog afgezien van haar mogelijkheden bij te dragen aan de oplossing ervan, ligt ook ten grondslag aan het onderzoek van Verbrugh. Hij doceert “ziektekunde” aan medische studenten, maar het kader van de pathologie is daarvoor veel te eng, want “pathologie” is “localiseerbare lesie, dat wil zeggen een macroscopische of microscopisch zichtbare, ruimtelijk structureel voorhanden afwijking aan organen, weefsels en/of cellen, of een als zodanig voorstelbare afwijking die dan gerelateerd moet zijn aan structurele afwijkingen die op cellulair of subcellulair niveau kunnen worden vastgesteld.”<sup>18</sup>

Verbrugh wil ziekte, ook voorzover “niet-pathologie” in zijn beschouwingen betrekken. Uiteraard realiseert hij zich dat “ziekte” vanuit andere terreinen van wetenschap is onderzocht — sociale geneeskunde, huisartsgeneeskunde, psychiatrie, economie — : over ziekte als “niet-pathologie” bestaan tal van theorieën. Het gaat Verbrugh om begrip van ziekte waarin niet eenzijdig de nadruk wordt gelegd op technologie, “zodat voor concrete subjectieve ervaring, voor beleving en uiting van gevoelens en voor waardetoekenning door de mens zelf geen ruimte meer voorhanden is.”<sup>19</sup>

Om het probleem van het verengde ziektebegrip te kunnen oplossen introduceert Verbrugh het paradigma-begrip van Kuhn, dat is een “netwerk” van codes, gedragsregels, methodes, etc., dat uit handboeken en leerboeken kan worden gereconstrueerd. Tezamen vormen ze de “normal science”, die als zodanig door de “scientific community” wordt erkend.

De vraag naar het paradigma was ook aan de orde in de huisartsgeneeskunde: wat is het paradigma van de huisartsgeneeskunde als wetenschap, was de inzet van een discussie die in 1978 en 1979 in *Huisarts en Wetenschap* werd gevoerd. Er werden nogal wat kandidaten voor zo’n

17. Breung 1980 blz. 73.

18. Verbrugh 1978 blz. 123.

19. id. blz. 16.

paradigma aangemeld. Van Es noemde de ziekte en de klacht in relatie tot de levensgeschiedenis van de patiënt: personale geneeskunde; de patiënt als psycho-socio-somatische eenheid: integrale geneeskunde; de hulpzoekende als lid van een gezin of andere primaire groep: gezinsgeneeskunde. Dit vat Van Es samen in het duale paradigma: arts en patiënt verkeren in permanente wisselwerking; daarin speelt persoonlijkheid, milieu maar ook ethiek een rol<sup>20</sup>. Ongetwijfeld voor een goed begrip van de context waarin geneeskundige problemen tot een oplossing gebracht moeten worden een zinvol onderzoeksterrein, maar geen medisch paradigma. Huygen sluit daar ten dele bij aan: hij noemt gezinsgeneeskunde en levensloop-geneeskunde, maar bij hem staat voorop het afschatten van risico van wel en niet ingrijpen.<sup>21</sup> Dat laatste is, als het al een paradigma is, in ieder geval het dagelijks probleem waarvoor (huis)artsen staan. "Paradigma" in moderne zin geeft een nadere adstructie van wetenschap als "de kunst van het oplosbare", zo meent Verbrugh.<sup>22</sup> Geneeskunde kan in deze zin niet "de kunst van het oplosbare" zijn, omdat de problemen die de arts ter beoordeling krijgt voorgelegd niet worden geselecteerd door een "scientific community", maar hem vanuit de maatschappij worden voorgelegd. En het gaat in de geneeskunde niet om "puzzles", maar om "echte" problemen, waarvan de geneeskunde moet beoordelen of zij kan bijdragen aan de oplossing ervan.

Het gaat er niet om of (huisarts)geneeskunde een "echte" wetenschap is.

"Woorden zijn slechts middelen voor bepaalde doelen ... En de enige intellectuele doeleinden die van belang zijn, zijn de formuleringen van problemen, de poging theorieën voor te stellen om die problemen op te lossen en de kritische discussie van concurrerende theorieën ... Waarheid is het belangrijkste regelend principe bij het bekritisieren van theorieën"<sup>23</sup>.

Het gaat erom of (huisarts)geneeskunde ware oordelen uitspreekt, of zij kan bijdragen aan de problemen die mensen haar voorleggen.

Falsificatie beschouwt Popper als het demarcatie-criterium tussen wetenschap en niet-wetenschap: wetenschappelijke theorieën blijven zolang ze niet gefalsificeerd zijn benaderingen van de werkelijkheid, op basis van waarschijnlijkheid met voorspellende waarde<sup>24</sup>. Uiteraard worden er onjuiste oordelen uitgesproken, maar de arts kan ook doen alsof een probleem (geen) geneeskundige betekenis heeft, bijvoorbeeld omdat (de

20. Van Es 1978. Van Es 1983 lijkt meer in de richting van de in dit proefschrift verdedigde stellingname te neigen dan in 1978.

21. Huygen 1978 c.

22. Verbrugh 1978 blz. 49.

23. Popper 1978 blz. 29 e.v.

24. zie Popper blz. 97; zie ook Magee 1974 blz. 59.

arts meent dat) de patiënt de arts onder druk zet in deze of gene richting; de arts kan van mening zijn dat de patiënt de onzekerheid, die inherent is aan ieder oordeel, niet aankan. Daarom maakt Wibaut terecht onderscheid tussen de predictieve betekenis van een probleem (Wibaut spreekt van de prognose die de arts voor zich stelt) en de prognose die hij zijn patiënt meedeelt.<sup>25</sup> Dat het verdraaien van de waarheid niet altijd uit kwade motieven voortkomt blijkt uit de discussies over de waarheid aan het sterfbed.<sup>26</sup>

In de context van het probleem liggen tal van menselijke motieven die kunnen verklaren waarom de patiënt of de arts of beiden de waarheid niet onder ogen willen zien.

De Weense clinicus Josef Dietl (1804-1878) woordvoerder van het therapeutisch nihilisme, schreef in 1845, eerst als de therapie op exact-wetenschappelijke grondslagen berust, dan "gibt es keine Kunst, keine Künstler, kein Individualisieren, keine Mystik, keine Grosstueren, keine Skandale am Krankenbette, keine Beeinträchtigung der ärztlichen Würde mehr, sondern es gibt nur eine medizinische Wissenschaft, die überall dieselbe und jedem zugänglich ist, der denken kann und seine Denkkraft zum Wohle seiner Nebenmenschen verwenden will."<sup>27</sup>

Dietl worstelt met ons onvolledig kennen. Ook anno 1984 is de oplossing van dat probleem door middel van een door wetenschap verkregen zekerheid niet in zicht. Het handelen van de arts en het oordeel waarop het stoelt, moeten steeds weer aan kritische toetsing onderworpen worden.

Of de paradigma-discussie voor de wetenschapsfilosofie van belang is, daarover meet ik mij geen oordeel aan. Ook over de betekenis van het onderzoek van Verbrugh heb ik slechts een persoonlijk oordeel: gezien de vele niet-geneeskundige problemen die de arts worden aangeboden, gezien ook de omvang en de gevaren van medicalisering, lijkt het mij goed om over ziekte als niet-geneeskundig probleem na te denken en daaraan in het medisch onderwijs aandacht te besteden. Ook vanuit de huisartsgeneeskunde zijn dergelijke geluiden te horen.

Gill spreekt in de paradigma-discussie over het terrein waarbinnen het paradigma van de huisartsgeneeskunde zou moeten liggen: "De afpaling van het terrein zal zich daar gaan afspelen waar de huisarts het alfa-denken wil betrekken in het bèta-denken. Juist daar zal veel van zijn methodologisch besef worden gevraagd."<sup>28</sup> Lamberts benadrukt in zijn

25. Wibaut 1962.

26. zie bijvoorbeeld Spreeuwenberg 1981.

27. Schipperges 1978 blz. 474.

28. Gill 1978.

bijdrage aan de paradigma-discussie, uitgaande van de huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg, de culturele functie van de huisarts.<sup>29</sup> Het gaat hier om een gigantisch probleem, dat Mees in zijn derde paradigma schetst: "De bewustwording van de noodzaak om die scheidingen van zieke en ziekte, van magie en wetenschap en van soma en psyche niet meer te handhaven, maar de eenheid daarvan te herstellen met behoud van het onderscheid."<sup>30</sup> We kunnen het ook omdraaien: in onze cultuur zijn ziekte en gezondheid polyvalente begrippen, die zich niet vanuit één (wetenschappelijk) concept laten beoordelen.<sup>31</sup>

"Benaderingen die de eenheid van de mens als uitgangspunt nemen, kunnen door het ontbreken van een integrale toetsbare theorie over de mens geen toetsbare uitspraken opleveren."<sup>32</sup> Ris en Diederiks toonden aan dat het onmogelijk is om te toetsen of een behandeling effectief is als er in een interdisciplinaire samenwerking geen gemeenschappelijke probleemdefinitie is. "Tweetaligheid" lost niets op: er is dan geen sprake van een gemeenschappelijke theorie, en ook al zou die ontworpen worden, dan leidt dat noodgedwongen tot een in zijn predicties zwakkere theorie dan de theorieën waarop hij steunt. Ris en Diederiks kiezen voor alternativiteit, dat is bij ieder probleem opnieuw afwegen welk gezichtspunt de meeste kans heeft op succes en zij illustreren dat met een samenwerkingsproject tussen artsen en psychologen.

Als moeilijkheid signaleren ze dan wel dat het medische gezichtspunt bijna altijd de hoogste prioriteit krijgt, en dat dus voor bijvoorbeeld de psychologische wijze van oordelen de kansen op succes geringer worden omdat voor de psychologie overblijft wat de geneeskunde niet kon genezen. Maar de moeilijkheid dat psychologie zijn effecten aan andere criteria afmeet dan de geneeskunde, dat de aard van het probleem bepalend is voor de vraag of het probleem vanuit de psychologie dan wel vanuit de geneeskunde moet worden beoordeeld, daaraan gaan ze voorbij.

Ziekte en gezondheid zijn maatschappelijke problemen en maatschappelijke problemen zijn, gezien de stand der wetenschap, moeilijk toegankelijk voor wetenschappelijk onderzoek, — ik citeerde daarover zojuist Breung, — des te moeilijker omdat ziekte en gezondheid ook naar het menselijk lijf verwijst, en "op het grensvlak van alpha en bèta" bestaat geen geoperationaliseerde theorie.

Dat de huisarts gegeven zijn positie in de gezondheidszorg met dit

29. Lamberts 1978.

30. Mees 1979.

31. cfr. Breung 1980 hoofdstuk 1.

32. Ris en Diederiks 1974.

“schisma” wordt geconfronteerd, spreekt bijna vanzelf: het vormt de stap-in-de-weg voor het oplossen van problemen die de huisarts dagelijks worden voorgelegd. “Wanneer een definitie voor gezondheid zodanig wordt gekozen dat de hypothese “de patient is ziek” eigenlijk niet meer falsifieerbaar is, en dat geldt met name voor de bekende WHO-definitie, dan onttrekt de huisartsgeneeskunde zich voor een deel aan een wetenschappelijke benadering.”<sup>33</sup> Denken over ziekte en gezondheid kan op dit moment niet resulteren in een (geneeskundige)bijdrage aan de oplossing van problemen, hooguit in bewustwording van het feit dat er vele niet-geneeskundige problemen zijn en dat tal van geneeskundige problemen niet oplosbaar zijn. Wel zijn er aanzetten vanuit verschillende disciplines, om bij te dragen aan de verheldering en mogelijk zelfs de oplossing van al deze gezondheidsproblemen: klinische psychologie, voorlichtingskunde, economie, beleidswetenschappen, medische sociologie, psychiatrie, huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde en vele andere.

Hogerzeil verstaat onder gezondheidsstoornissen de verzameling van subjectieve percepties van lichamelijk zelfbevinden en van objectieve meetuitkomsten, verricht aan lichaamsvariabelen.<sup>34</sup>

Gezondheidszorg omvat meer dan alleen de problemen die mensen aan hun arts voorleggen: gezondheidszorg richt zich op normalisatie van gezondheidsstoornissen in het lichaam en schadelijke factoren in de omgeving of gedragingen welke gezondheidsstoornissen veroorzaken.

Hogerzeil noemt om de gezondheidstoestand van de mens te karakteriseren, naast biologische variabelen, perceptie-variabelen (lichamelijk zelfbevinden, inschatting eigen kunnen) en functionele variabelen (zelfhandhaving, leefsituatie, zelfstandig sociaal kunnen functioneren).<sup>34</sup> Gezondheidszorg kan niet begrepen worden vanuit geneeskunde alleen, want geneeskunde stoelt op medische theorie, dat is een theorie van het menselijk lijf, van biometrische variabelen.

Kiezen we voor oplossing van gezondheidsproblemen op basis van wetenschappelijk gefundeerde oordeelsvorming, dan zal nu eens die, dan weer deze discipline te hulp geroepen moeten worden, afhankelijk van de aard van het probleem.

“De vraag hoe mensen met elkaar omgaan wanneer ze het voor het kiezen krijgen, is in eerste instantie een ethische en dus een politieke vraag en geen huisartsgeneeskundige. Toch is de eerste lijn de plaats bij uitstek om de vragen waar het om gaat in duidelijke stukken te splitsen en daarna als een serie in beginsel beantwoordbare vragen naar voren te brengen.”<sup>35</sup>

33. Lamberts en Van Weel 1978.

34. Hogerzeil 1981 a.

35. Lamberts 1978.

Dit impliceert een keuze voor oplossing van gezondheidsproblemen, op basis van wetenschappelijk gefundeerde oordeelsvorming.

Velen, ook in de huisartsgeneeskunde, zijn op zoek naar een allesomvattend, holistisch ziekte- en gezondheidsbegrip, omdat oordelen op basis van een bepaalde wetenschap, bijvoorbeeld de medische, hen te eng lijkt.

Handelen op basis van medisch-wetenschappelijk gefundeerde oordeelsvorming is echter de enige wijze van geneeskunde uitoefenen, die èn open staat voor (maatschappelijke) kritiek, èn recht doet aan de medisch-technische verworvenheden van onze moderne Westerse geneeskunde.

Als de patiënt zijn artsen een probleem voorlegt dan is er maar één manier om achter de betekenis te komen die de patiënt hecht aan zijn probleem: dat is door het de patiënt te vragen en te wachten op antwoord. Komt dat antwoord niet, dan kan dat op een geneeskundig probleem, bv. een afasie tengevolge van een CVA berusten. Zo niet, dan kan de arts slechts gissen wat dat betekent; komt het antwoord wel, dan kan de arts redenen hebben om te twijfelen aan de betrouwbaarheid van dat antwoord. Voorwaarde voor het leren kennen van de betekenis die de patiënt hecht aan zijn probleem, is de taal, zoals het lijf voorwaarde is voor het leren kennen van de geneeskundige betekenis van een probleem. Dat lijkt het mogelijk te maken om problemen te beschrijven als stoornissen in het "taalsysteem" van de patiënt, zoals gebeurt door de psychiater Lacan.

"Het onbewuste is volgens Lacan het spreken van de Ander. We begrijpen nu dat de Ander geen andere persoon is maar die onbewuste realiteit die in het spreken manifest wordt. In het spreken van de patiënt breekt de orde van het taalsysteem door die de psychiater tracht te analyseren. Hier ligt de therapeutische functie van de arts. De difecte confrontatie met het gebied van het onbewuste is volgens Foucault de reden dat de psycho-analyse vreemd tegenover de algemene theorie van de mens of tegen een anthropologie staat."<sup>36</sup>

"Evenals de psycho-analyse vraagt de etnologie niet naar de mens zelf zoals hij in de menswetenschappen verschijnt, maar naar dat domein, dat in het algemeen gesproken een weten van de mens mogelijk maakt. Geen van beiden laten zich met het probleem van de "mens" in, maar brengen zijn grenzen aan het licht."<sup>37</sup>

Een dergelijke benadering lijkt verwantschap te vertonen met de opvattingen die Meininger in zijn dissertatie naar voren heeft gebracht. Hij gaat in op de fysische en de communicatieve werking van een medicament. Hij meent dat die twee niet te scheiden zijn, maar wel te onderscheiden. Als laatste, dat is communicerend genezen, beschouwt hij dat spreken, waarin de reden en de zin van ziekte bewust wordt. "Als zich woordelijk bemiddelend communicatie-proces culmineert de geneeskunst in de psychotherapie, in het elkaar te woord staan van patiënt en geneesheer. Noemen wij genezen "vrijmaken" dan verwerkelijkt zich dit proces in laatste instantie als vrijmaking door het woord."<sup>38</sup>

Nu spreekt Meininger over de geneeskunde, Lacan over de psycho-analyse, maar beiden houden zich bezig met de veruiterlijking van onbewuste realiteit, die tenslotte zich uitdrukt in woord en, voegt Meininger eraan toe, gebaar.

Het middel van het gebaar is het lijf, waarin zich de geest te kennen geeft. In voortschrijdende bewustwording blijft de fysiologie echter volledig voorondersteld.

36. Bakker 1973 blz. 121.

37. id. blz. 122.

38. Meininger 1958 blz. 134.

“De een psychosomatische syndroom vertonende patiënt zet zijn emoties niet om in lichamelijke verschijnselen, maar hij veruiterlijkt zijn emoties als de lijfelijke ziekteverschijnselen.”<sup>39</sup>

Droefheid veroorzaakt geen tranen, maar verschijnt ons als huilen, licht Meininger in een voorbeeld toe. De psychosomaticus geeft de inhoud van zijn lijden als beeld, de neuroticus als symbool. Neurose is de strijd om zelfbewustwording, die blijft steken in de zelsymbolisering; het symbool verhuult en onthult tegelijkertijd zijn betekenis. “Volledig wordt de geest eerst indien hij het onbewust gewilde gebaar, het symbool, opheft tot bewust gewild gebaar.”<sup>40</sup>

De betekenis die de patiënt aan zijn probleem hecht, veruiterlijkt in woord en gebaar, moet in deze beschouwingswijze tenslotte in het woord bewust gemaakt en tot uitdrukking gebracht worden.

In 1976 verscheen onder redactie van de Engelse huisarts B.A. Tanner een boek onder de titel “*Language and communication in General Practice.*” In dit boek wordt onder meer ingegaan op linguïstiek en ethologie. Het meest in het oog springende van de ethologie is haar evolutionaire belangstelling: de fysiologie van het bestudeerde orgaan, de functie van het bestudeerde orgaan voor de overlevingskansen van het individu, de evolutionaire oorsprong van het aan dat orgaan bestudeerde gedrag en de ontwikkeling van dat gedrag in het leven van het individu, dat zijn problemen waarmede ethologie zich bezighoudt. “Waarom vertoont dit individu dit speciale gedrag op dit moment en op deze plaats?”, is één van de centrale vragen<sup>41</sup>. Via het zogenaamde “methodisch werken” is deze vraag in gemodificeerde vorm in de huisartsgeneeskunde bekend geworden: “waarom bezoekt deze patient op dit moment zijn huisarts?”<sup>42</sup>. Een dergelijke vraag verschaft inzicht in de genese van een probleem, maar maakt op zichzelf nog geen uitspraak mogelijk over in de toekomst te verwachten gedrag.

In het zojuist geciteerde boek van Tanner zijn meerdere hoofdstukken aan de taal- en communicatieontwikkeling van het kind gewijd. Maar aan predictie met betrekking tot afwijkingen in communicatie en taalgebruik bij volwassenen wordt nauwelijks of geen aandacht gegeven. Zo wordt in het hoofdstuk over non-verbale communicatie in de huisartspraktijk opgemerkt dat een vlakke intonatie en een trage spraak symptomen van een depressie kunnen zijn; aan de betekenis van dergelijke symptomen als mogelijke criteria om de predictieve betekenis van een depressie aan af te meten wordt geen aandacht geschonken.

Van Dijk<sup>43</sup> gebruikt juist depressie als voorbeeld om aan te tonen dat het medisch model ook van toepassing is op de groep patiënten die men als “geesteszieken” aanduidt. Hij beschouwt het medisch model als een categoriseringsmodel van gedrag en beleven, en bindt dat uitdrukkelijk niet a priori aan een uitsluitend somatische etiologie. Nu is de vraag die Van Dijk bezighoudt wat het kenmerkende is van ziekte, en waarin het typische bestaat van pathologisch functioneren. Daartoe somt hij een zevental karakteristieken op van ziekte, waarvan er een het proceskarakter is: de ziekte is gekenmerkt door een begin, een verloop en een einde. Over de vraag onder welke voorwaarden een (geneeskundig) oordeel mogelijk is, laat hij zich echter niet uit. Binnen het model dat Van Dijk ontwikkelt is het misschien wel mogelijk ook over gezondheidsproblemen, die in termen van gedrag

39. id. blz. 106.

40. id. blz. 57.

41. Tanner blz. 25 e.v.

42. Hoe helpt de dokter 1975; Holten-Vriesema 1978.

43. Van Dijk 1973.



begrepen kunnen worden, zoals bijvoorbeeld de depressie, een (geneeskundig) oordeel te geven. Daarmee zou dan ook gedrag als functie van het lijf binnen de (geneeskundige) oordeelsvorming getrokken kunnen worden. Maar ook in dat geval zal de predictieve betekenis van dat gezondheidsprobleem, uitgedrukt in termen van gedrag, bekend, en niet nul moeten zijn.

Of, zoals Van Dijk meent, wat voor een depressie geldt *mutatis mutandis* geldt voor patiënten die we schizofreen noemen, voor neurotici, psychopathen, voor oligofrenen en defecten, of over de gezondheidsproblemen die hij daarmee aanduidt ook een (geneeskundig)oordeel mogelijk is, vereist nadere studie (die buiten het kader van dit proefschrift valt) naar het voor deze afwijkingen kenmerkend gedrag en naar de predictieve betekenis van dergelijk gedrag.

Deze excurs is toegespitst op taal en menselijk gedrag. Mogelijk zijn er nog andere ontwikkelingen in de medische research die te eniger tijd van betekenis zullen blijken voor geneeskundige oordeelsvorming. Juist met het oog op deze mogelijke toekomstige ontwikkelingen is het gewenst dat aan "vorm en functie van het menselijk lijf" in de medische research een ruimer interpretatie gegeven kan worden dan in termen van fysische en chemische grootheden. Mits de praktizerend arts zich maar realiseert dat begrip van een gezondheidsprobleem in medische termen niet voldoende voorwaarde is voor geneeskundig handelen; houdt hij daar geen rekening mee dan moet dat tot paradox handelen leiden.

## II.4 DE ARTS ALS PERSOON

Spreeuwenberg toont aan dat een arts die het participatiemodel als grondhouding heeft, pijn van terminale patiënten effectiever kan bestrijden dan de arts die een andere grondhouding heeft.<sup>44</sup> Betekent dat nu dat iedere arts het participatiemodel als grondhouding moet ontwikkelen? Is dat eigenlijk wel mogelijk? Of heeft Balint gelijk, die beweert dat de arts de zwakke en sterke kanten van zijn persoonlijkheid moet (leren) kennen om er rekening mee te kunnen houden in gedrag tegenover patiënten?<sup>45</sup> Het zijn geen problemen die specifiek voor de geneeskunde zijn, maar overal gesteld worden waar mensen zorg voor elkaar hebben, algemeen menselijke vragen.

De arts heeft wel een oordeel over de medisch-predictieve betekenis, die door medicamenteuze pijnbestrijding wordt geschapen en in de discussie in hoeverre pijnbestrijding bij een terminale patiënt verkorting van levensverwachting met zich kan brengen, spreekt hij als medicus zijn woordje mee. De arts spreekt ook mee in de discussie over euthanasie, maar voor sommige artsen wordt hier een grens overschreden en zij zijn niet bereid deze medische ingreep voor hun rekening te nemen.

Of de arts nu op ander dan geneeskundig terrein zich deskundig mag achten en in staat tot oordelen, is bij dit alles niet ter discussie: Querido is

44. Spreeuwenberg 1981.

45. Balint 1965.



ervan overtuigd dat de arts niet de eerstaangewezene is om informatie te vergaren over psychische en sociale problemen: "De ziekenhuizen waarin aanstaande artsen hun opleiding ontvangen, zullen hun staven moeten uitbreiden met deskundigen die in staat zijn de psychische en sociale gegevens te verschaffen op hetzelfde wetenschappelijke niveau als waarop de klinische gegevens worden verzameld. De student zal moeten leren deze gegevens tot een totaalbeeld samen te voegen."<sup>46</sup> En Hattinga Verschure<sup>47</sup> stelt: "Als een patiënt nu in een probleem zit waarin hij begeleid moet worden, en een beroep doet op de huisarts, dan zal deze zich moeten realiseren dat begeleiding op het huidige wetenschappelijke niveau van psychologie en agologie, zijn deskundigheid niet is. Als hij toch gaat begeleiden., moet hij beseffen dat hij zijn vakgebied verlaat."

De (huis-)arts wordt in zijn dagelijks werk geconfronteerd met gezondheidsproblemen van zeer uiteenlopende aard: verpleegkundige problemen, paedagogische problemen, justitiele problemen, arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ongeval of ziekte, huisvesting- en voedingsproblemen, en nog veel meer. Sommige van deze problemen laten misschien een oordeel toe zodanig dat een wetenschappelijk te verifiëren antwoord mogelijk is op de vraag of handelen kan bijdragen aan de oplossing van dit probleem. Als het om eenvoudige problemen gaat zal de arts misschien zelf kunnen bijdragen aan de oplossing van dergelijke niet-geneeskundige problemen, soms zal hij er beter aan doen de patient te verwijzen naar de desbetreffende deskundigen. En er valt veel voor te zeggen dat de arts in ieder geval zoveel kennis heeft van de mogelijkheden en onmogelijkheden van de desbetreffende deskundige hulpverleners dat hij adequaat kan verwijzen.

Maar afgezien daarvan is het "oordeel" van de arts over niet-geneeskundige problemen niet van wezenlijk andere aard dan dat van een "leek", die regelmatig wordt geconfronteerd met menselijke problemen. Dan is de aard van de "deskundigheid" — als je daarvan mag spreken als het gaat om levenservaring — van een andere orde: de persoon van de arts en hoe de patiënt die ziet staat centraal; de autoriteit van de arts, gebaseerd op zijn kennis van medische wetenschap, die tot uitdrukking komt in zijn geneeskundig oordeel speelt in dat geval geen rol.

Wel kan de arts uit hoofde van zijn deskundigheid de gevolgen van medisch ingrijpen, ook als dat niet op een geneeskundig oordeel berust, beoordelen, maar daarmee is nog geen antwoord te geven op de vraag of dat ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van dat probleem. De beslissing over medisch ingrijpen bij een niet-geneeskundig probleem ligt

46. Querido 1955 blz. 246.

47. Hattinga Verschure 1977 blz. 116.

in de eerste plaats bij de patiënt, gehoord de toelichting van de arts met betrekking tot de gevolgen van medisch ingrijpen. De arts kan voor een dergelijke beslissing hooguit als persoon medeverantwoordelijkheid dragen. Een bepaalde arts kan een bepaalde deskundigheid claimen, maar ook in dat geval is een aparte legitimering tegenover de patiënt en de maatschappij noodzakelijk. Die legitimatie kan bijvoorbeeld in een speciale opleiding liggen zoals in de wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg is geregeld.

“Maar er is nog een heel andere manier waarop de medicus geconfronteerd wordt met vragen ten behoeve van welzijn, en nu juist vanwege zijn specifieke deskundigheid. Volkomen gezonde mensen vragen de medicus zijn deskundigheid ter beschikking te stellen ter bereiking van wat zij als een bijdrage aan of een voorwaarde voor hun welbevinden zien.

Dat is het geval wanneer zij vragen om de zogenaamde pil, de sterilisatie, om donorinseminatie, om abortus provocatus. Ook mensen die vragen om euthanasie vragen om hulp voor wat zij hun welbevinden achten. Bouman, de hoogleraar in de plastische chirurgie aan de Vrije Universiteit, noemde in zijn inaugurele rede (1975) de cosmetische chirurgie welzijnschirurgie. Vragen door of namens sportlieden voor zogenaamde doping, om spierversterkende middelen of om groeiremmende middelen, vallen binnen ditzelfde kader.”<sup>48</sup>

Of zwangerschap een probleem is dat aan een geneeskundige: een verloskundige of aan een huisarts, moet worden voorgelegd, is cultureel bepaald: in sommige culturen is de zwangerschaps- en geboorteregeling de taak van burens en grootouders, in de terminologie van Hattinga Verschure mantelzorg. In onze cultuur wordt zwangerschap en zeker de bevalling altijd als probleem aan de huisarts, de vroedvrouw of de gynaecoloog voorgelegd. De ontwikkeling van het menselijk lijf is een probleem van humane biologie, de ongecompliceerde ontwikkeling en geboorte van leven als een geneeskundig probleem te zien is onjuist: zwangerschap is als een ontwikkelingsfase van het menselijk leven te beschouwen, die uit de aard der zaak de nodige risico's op gezondheidsstoornissen met zich brengt maar daarom zelf niet als geneeskundig probleem kan worden aangemerkt. Zwangerschapscontrole beoogt de vroegtijdige herkenning van geneeskundige problemen.

Als zwangerschapsonderbreking plaats vindt om het leven van moeder of kind te redden — dat is om sterfte te voorkomen — dan is er onmiskenbaar sprake van geneeskundig handelen. Het vraagstuk van de zwangerschapsonderbreking in geval van ongewenste zwangerschap is echter van een andere orde: het gaat hier niet alleen maar over de

48. Mertens 1982.

geneeskundige betekenis van het probleem zwangerschap, maar in de eerste plaats om de betekenis die de vrouw aan haar zwangerschap hecht: die is voor haar ongewenst. Zeker, abortus provocatus beoogt verbetering te brengen in het toekomstig functioneren van de vrouw, maar het woord "functie" wordt hier anders gebruikt dan in de zin van "functie van een deel, een orgaan van het menselijk lijf." Functioneren is hier identiek met het leven zelf. Dan is abortus geen geneeskundig handelen.

De wrijving zit 'm in de waarde die impliciet gegeven is met het stellen van een geneeskundig probleem: het oogmerk van geneeskundig handelen is de verkleining van sterftekans en van de kans op functieverlies, maar er zijn andere waarden die daarmee kennelijk interferen of strijdig zijn: economische, psychologische, politieke en religieuze, andere criteria waaraan effecten van medisch ingrijpen afgemeten kunnen worden.

Dr. P.P.C. praktiseerde rond de eerste wereldoorlog op de Veluwe, zo lezen we in *"Huisdoktersleven, belevenissen en overdenkingen van Dr. P.P.C., rustend geneesheer"*<sup>49</sup>. De dokter werd daar met "meneer" aangesproken en niet al te hoog geschat, zoals het "ontwikkelde publiek" dat doet, dat meent dat dokters alles weten en kunnen. De dokter vertelt hoe hij op zekere morgen de familie van een huismoeder meedeelde dat haar prognose infaust was. 's Middags stond haar zoontje op de stoep om te vertellen dat als meneer moeder toch niet beter kon maken, hij dan mocht wegblijven. Het oordeel is gegeven, de patiënt en haar omgeving trekt daaruit de conclusie dat de komst van de dokter slechts geld kost en niets oplevert. Je kunt je afvragen of de huisarts hier wel voldoende heeft gewezen op de mogelijke bijdragen aan de oplossing van afgeleide problemen, of op het voorkomen van complicaties, op de mogelijkheid van palliatieve ingrepen. Het doet er niet zoveel toe: de patiënt (of haar familie) heeft de kosten tegen de baten afgewogen en daaraan consequenties verbonden. Andere dan geneeskundige (i.c. economische) overwegingen blijken mee een rol gespeeld te hebben.

De Jehova-getuige die geen bloedtransfusie wil omdat zijn geloof dat verbiedt, verkiest zijn religieuze normen boven het oordeel van de arts, zelfs als zijn leven erbij inschiet. Soms is het andersom, moet het leven gered worden tot iedere prijs. Dat was het geval bij Tito, die om politieke redenen moest blijven leven, ofschoon hijzelf liever dan de verminking van een amputatie te ondergaan, verkoos te sterven, zo las ik in de krant, en die tenslotte stierf met één been omdat de geneeskunde niet volmaakt is en er een eind komt aan de mogelijkheden van medisch ingrijpen.

Geneeskundig handelen is niet ethisch indifferent: effecten van geneeskundig handelen kunnen aan anderen dan geneeskundige criteria afgemeten worden.

49. C. 1956.

Giel e.a. deden onderzoek bij 16 mannen met een testiscarcinoom. "Onze beperkte ervaring leerde ons dat zij een afschuwelijke behandeling, zoals die met cytostatica, in het algemeen op redelijke wijze verdroegen en zelfs wel tevreden waren met het gebodene. Degenen die het meeste onder de gehele situatie lijdten, zijn de leden van het gezin. Zodra de medische techniek op de patiënt wordt losgelaten geraken zij op de achtergrond."<sup>50</sup>

De schrijvers komen tot de conclusie dat het belangrijkste probleem de autonomie in het handelen van de specialist is. "Deze autonomie ten opzichte van de patiënt en familieleden, de huisarts en de verpleegkundigen, lijkt het gevolg van de verregaande technische verbijzondering van het werk van de specialist. Hierdoor wordt de toegankelijkheid van de laatste voor "feedback" over de kwaliteit van het leven van zijn patiënt te zeer beperkt".

Waarschijnlijk zou daarin verbetering kunnen optreden indien de specialist zich meer bewust was van de autonomie van zijn optreden en zich meer zou bedienen van "... het algemeen menselijk prestige dat hij nog steeds bij het publiek heeft en dat niet zover afstaat van dat van de traditionele genezer." Dit zou echter betekenen dat hij beseft dat hij over iets beschikt dat hem door gewone mensen is verleend en dat hij steeds opnieuw moet waarmaken; dat hem afhankelijk maakt van degenen die het aan hem toeschrijven. "Prestige is niet alleen macht, het schept ook verplichtingen en kan als zodanig een actief hulpmiddel zijn in de omgang met mensen."<sup>50</sup>

De autonomie in het handelen van de specialist bestaat hierin dat hij het probleem kan reduceren tot uitsluitend een geneeskundig probleem met voorbijgaan van alle andere aspecten ervan. Daarvan getuigt ook dit artikel: zelfs de aanduiding dat ook in het geval van een testiscarcinoom, ondanks zijn relatief gunstige prognose, het handelen blijkbaar aan andere dan geneeskundige criteria kan worden afgemeten, ontbreekt. In de woorden van Giel: "In het algemeen kunnen wij zeggen dat wij bij het waarden van pech en afwijkingen van de menselijke normen veel meer gebruik maken van het onderscheid tussen ziek en gezond, dan tussen wel of niet in overeenstemming met christelijke, ethische normen of tussen wel of niet tegen onze maatschappelijke orde gericht zijn. Onze ethische moraal is meer en meer vervangen door een gezondheidsmoraal."<sup>51</sup>

De laatste jaren wordt er veel discussie gevoerd over de mondigheid van patiënten. We moeten daarbij onderscheid maken tussen geneeskundige en niet-geneeskundige problemen: als de arts het probleem beoordeelt als een niet-geneeskundig probleem, dan kan handelen alleen maar gelegi-

50. Giel e.a. 1977.

51. Giel 1977.

timeerd worden door de betekenis die de patiënt aan zijn problemen hecht, door wat de patiënt wil. Het verzoek om abortus, om euthanasie is de vraag van een patiënt die de deskundigheid van de arts "te leen" vraagt om zijn eigen doelen te bereiken. Het antwoord van de arts kan niet anders zijn dan een persoonlijk antwoord, waarin hij aangeeft of hij bereid is de normen van de ander door middel van zijn handelen voor zijn verantwoording te nemen. En dat roept uiteraard de ethische spanning op van waarden, enerzijds die van de geneeskunde — die tegelijkertijd ook in ethisch-religieuze zin een waarde vertegenwoordigen, namelijk de eerbied voor het leven — anderzijds die van de patiënt die daarmee in strijd kunnen zijn, en tenslotte de persoonlijke opvattingen van de arts.

Gaat het echter om een geneeskundig probleem dan kan mondigheid niet anders zijn dan kiezen voor een bepaalde vorm van medisch ingrijpen vanuit verschillende waarde-oordelen — waaronder de medisch-predictieve betekenis van het probleem — die aan het probleem gehecht kunnen worden.

Dat treft de arts die zich een geneeskundig oordeel moet vormen, moet weten wat de consequenties zijn van ander, dan het vanuit het geneeskundig oordeel gezien optimale handelen, en die de patiënt de keus moet laten; het betreft ook de patiënt die moet weten te kiezen.

Naar analogie van de vier sectoren van zorgbehoeften die Hattinga Verschure<sup>52</sup> onderscheidt, zijn een viertal categorieën van criteria waaraan men de effecten van handelen zou kunnen afmeten, te onderscheiden:

1. op het gebied van vitale zorg, criteria gericht op lijfelijke continuïteit; het terrein van de geneeskunde;
2. op het gebied van emotionele zorg, criteria gericht op het menselijk gevoel, de behoefte aan aandacht en liefde die mensen nodig hebben; het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg;
3. op het gebied van welvaartzorg, criteria gericht op het zich verschaffen van goederen en diensten; het terrein van de politiek;
4. op het gebied van zorg om de zingeving en van vervulling van het eigen bestaan; het terrein van religie en godsdienst.

De eerste drie criteria vormen tezamen het criterium waaraan de Wereld Gezondheids Organisatie gezondheid afmeet: gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek. De gezondheidstoestand kan niet in één maat uitgedrukt worden.<sup>53</sup>

Betekent dat nu dat de (huis-)arts een integrale zorg voor de zich aan hem toevertrouwende mensen in zijn vaandel moet schrijven? Zoals ik eerder heb aangetoond is dat een onjuiste opvatting:

52. Hattinga Verschure 1977 blz. 69.

53. Hogerzeil 1981 a.

“Het verlenen van integrale zorg verdraagt zich niet met wetenschappelijk te toetsen zorg, en bovendien kan een allesomvattende zorg niet vanuit de hulpverlener gedefinieerd worden: “integrale zorg” blijkt een dwaalweg te zijn, die de huisarts is ingeslagen op zoek naar een theorie van de geneeskundige zorg aan de mens in zijn omgeving: want daar draait het om!”<sup>54</sup>

Geneeskundige zorg is één van de vormen van zorg voor de gezondheid die mensen elkaar verlenen. Het is de zorg die specifiek door de arts wordt verleend op basis van zijn kennis van medische wetenschap. Geneeskundige zorg is zorg voor geneeskundige problemen. Maar omdat noch medisch ingrijpen, noch geneeskundig handelen ethisch indifferent zijn, en omdat medisch ingrijpen en geneeskundig handelen aan de hand van andere dan geneeskundige criteria beoordeeld kunnen, en vaak ook moeten worden, wordt de geneeskundige zorg, waarvoor een arts verantwoording op zich neemt, niet alleen bepaald door zijn geneeskundig oordeelsvermogen, maar ook door zijn eigen opvattingen over ziekte en gezondheid.

Dat blijkt ook uit het onderzoek van Spreeuwenberg naar de stervenshulp van de huisarts en naar de invloed hiervan op het geëigend sterven van de patiënt. De huisarts die het participatiemodel als grondhouding heeft, lijkt betere resultaten te scoren bij pijnbestrijding en bij het verwerken van de stervensproblematiek door de patiënt, en zijn patiënten sterven vaker thuis. De huisarts die blijf geeft van intrapersoonlijke conflicten ten aanzien van stervenshulp vindt het moeilijker om in te gaan op de angst rond de dood van de patiënt. Soortgelijke conclusies mogen verwacht worden als het onderzoek herhaald zou worden voor de zorg die wijkverpleegsters, pastores, specialisten, familie en kennissen geven; Spreeuwenberg doet zelf de suggestie zijn onderzoek voor deze categorieën hulpverleners te herhalen.<sup>55</sup>

Waarin onderscheiden huisartsen zich dan van al die anderen rond het sterfbed? “Alle huisartsen beschouwen de zorg voor de lichamelijke aspecten als hun belangrijkste taak in de stervenshulp.”<sup>56</sup>

Vanuit dit gezichtspunt is een conclusie uit het onderzoek van Spreeuwenberg, dat de huisarts de techniek van de euthanasie niet beheerst, onhutsend: euthanasie is medisch ingrijpen in negatieve zin. Wie als arts besluit medewerking te verlenen aan euthanasie moet het vakkundig doen; het hoort tot zijn deskundigheid risico's en effecten van medisch ingrijpen in termen van geneeskundige criteria te kunnen beoordelen. Als de arts daartoe niet in staat is — hetzij omdat er geen goede methode voor euthanasie bestaat, hetzij uit onbewuste weerstand bij de arts — dan moet hij de ingreep nalaten.

“In het mensbeeld van de geneeskunde dient expliciet tot uitdrukking te komen dat de mens niet geheel gedetermineerd kan worden.”<sup>57</sup> Dat een dergelijke uitspraak

54. Van der Werf 1982.

55. Spreeuwenberg 1981 blz. 392.

56. id. blz. 157.

57. id. blz. 50.

ook op grond van het natuurwetenschappelijk model geargumenteerd kan worden liet ik al eerder zien (zie bladzijde 2).

Uiteraard deel ik Spreeuwenberg's mening als hij betoogt dat de resultaten van natuurwetenschappelijk onderzoek in de context van de patiënt en zijn problemen moeten worden geplaatst<sup>57</sup>. Op grond van dergelijke overwegingen te besluiten dat het doel van de geneeskunde is de mens te helpen mens te zijn, is onjuist.

Van Es meent dat het medisch handelen gericht moet zijn op het bevorderen van de vrijheid van de patiënt om te beslissen over het eigen bestaan. Hij meent dat vrijheid, waardigheid en menselijke waarde centraal moeten staan in het handelen van de arts.<sup>58</sup>

Meininger beschouwt het spreken, waarin de reden of de zin van ziekte bewust wordt, als het uiteindelijke genezen. "Als zich woordelijk bemiddelend communicatieproces culmineert de geneeskunst in de psychotherapie, in het elkaar te woord staan van patiënt en geneesheer. Noemen wij genezen "vrijmaken", dan verwerkelijk zich dit proces in laatste instantie als vrijmaking door het woord."<sup>59</sup>

Buma citeert Nolen: "De arts moet onderwijzen in de kunst die slechts weinig mensen de moeite waard vinden te beoefenen: de kunst om gelukkig te leven; de arts moet ook moralist zijn."<sup>60</sup>

Kierkegaard schrijft ergens: "Van de psychiatrie geldt in diepe zin dat men ook moet willen lijden als men arts wil zijn. Want een arts die weigert, in diepe overgave, met geduld en liefde het lijden mee te willen dragen, die zich niet dienend (als de mindere) in anderen wil verplaatsen, zal niemand genezen. Maar als hij bereid is meer te lijden dan de zieke, zal hij tallozen weer gezond kunnen maken."<sup>61</sup> Dat betekent dat de arts volgens Kierkegaard Christus moet navolgen. Het kan de persoonlijke keus van de arts zijn, maar in onze pluriforme maatschappij kunnen wij artsen niet tot priester-arts opleiden, "die thuis is in de algemeen menselijke zorgen en problemen", zoals Buma bepleit.<sup>62</sup>

Ten Have wijst erop dat de geneeskunde altijd met een impliciet idee werkt van wat de mens is en wat hij behoort te zijn; geneeskunde is geen waardevrije wetenschap<sup>63</sup>. De verschillen in formuleringen, die ik zoëven citeerde, van wat de arts met zijn geneeskunde moet nastreven, ondersteunen zijn stelling. Voor de filosoof moet het eenvoudig zijn er verschillende levensbeschouwingen in te herkennen. Stuk voor stuk zijn het persoonlijke en metafysische standpunten die zich nauwelijks voor toetsing lenen en die ieder voor zich slechts door een deel van alle artsen worden gedeeld, en evenmin door alle niet-medici die deze problemen hebben overdacht. Zo citeert Ter Braak met instemming Nietzsche: "Hoe kunnen zij oordelen over gezondheid die leven moeten van lijdenden? Hoe kan in de kringen der medicijnmannen een ander gezondheidsideaal ontstaan dan dat van de opgelapte zieke? "Denn eine Gesundheit an sich gibt es nicht .. zuletzt bliebe noch die grosse Frage offen ... ob nicht der alleinige Wille zur Gesundheit ein Vorurteil, eine Feigheit und vielleicht ein Stück feinsten Barbarei und Rückständigkeit sei" (Die fröhliche Wissenschaft, Nietzsche)."<sup>64</sup>

Het is goed om persoonlijke normen en waarden ter discussie te stellen, want ik ben

58. Van Es 1980 blz. 184.

59. Meininger 1958 blz. 134.

60. Nolen 1909 geciteerd naar Buma 1950.

61. Scholten 1974 notitie nr. 275.

62. Buma 1950 blz. 125.

63. Ten Have 1982.

64. Ter Braak 1962 blz. 94.



ervoor verantwoordelijk dat mijn persoon niet storend werkt op de (geneeskundige) zorg die ik verleen. Dat geldt voor ieder die beroepsmatig zijn diensten aanbiedt, het geldt voor ieder die voor zichzelf of voor anderen zorgt. Persoonlijke geneeskunde bestaat niet, want hoe moeten we dan uitmaken of die geneeskunde bijdraagt aan de oplossing van het probleem dat de patiënt aan zijn arts voorlegt?

---



### III Methode en materiaal\*

#### III.1 METHODEN VAN ONDERZOEK

Het in het eerste en tweede hoofdstuk gestelde kan als volgt worden samengevat: het geneeskundig oordeel is een op basis van medische wetenschap te toetsen antwoord op de vraag of handelen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem; onder "gezondheidsproblemen" wordt in deze studie verstaan: klachten en problemen die mensen aan de arts voorleggen, en waarvan ze verwachten dat hij als representant van de geneeskunde kan bijdragen aan de oplossing van die problemen. Onder "medische wetenschap" wordt in deze studie verstaan de leer van het menselijk lijf en zijn leden, van de afwijkingen die zich daaraan kunnen voordoen, en van de wijze waarop deze afwijkingen zich zullen ontwikkelen, alle drie uitgedrukt in termen van vorm en functie van het menselijk lijf. Als een gezondheidsprobleem beschreven, begrepen of verklaard kan worden in medisch-wetenschappelijke termen, mogen we van een medisch probleem spreken. De medisch-predictieve betekenis van dat medisch probleem wordt gevormd door de kans op veranderingen, uitgedrukt in termen van vorm en functie van het menselijk lijf die in relatie gebracht kunnen worden tot dat medische probleem.

Het geneeskundig oordeel is nu te operationaliseren als de afweging van de medisch-predictieve betekenis van het gezondheidsprobleem dat ter beoordeling voorligt tegen de medisch-predictieve betekenis van dat probleem na medisch ingrijpen, beide uitgedrukt in termen van geneeskundige criteria, dat is bij de huidige stand der medische wetenschap in termen van fysische en chemische grootheden. Een geneeskundig oordeel is slechts mogelijk over een medisch probleem waarvan de waarde van de medisch-predictieve betekenis bekend en niet nul is; er is in dat geval sprake van een geneeskundig probleem. Onder geneeskundig handelen wordt in deze studie verstaan handelen op grond van een geneeskundig oordeel.

Als een probleem niet beschreven noch begrepen kan worden in termen van vorm en functie van het menselijk lijf, of — indien dit wel het geval is

\*litteratuur waarnaar in de noten behorend bij hoofdstuk III wordt verwezen en die is voorzien van \* is te vinden in de literatuurlijst behorend bij hoofdstuk IV en V op bladzijde 168 en 172.

— als de waarde van medisch-predictieve betekenis van dat probleem nul is of onbekend, dan is over dat probleem geen geneeskundig oordeel mogelijk; er is sprake van een niet-geneeskundig probleem. De patiënt kan dan de arts om een medische ingreep verzoeken. In dat geval moet de betekenis die het probleem voor de patiënt heeft worden afgewogen tegen de medisch-predictieve betekenis, die door de ingreep wordt geschapen, en die de arts in termen van geneeskundige criteria moet beoordelen. Of medisch ingrijpen in dat geval bijdraagt aan de oplossing van niet-geneeskundige problemen is niet ter beoordeling van de arts. Of de arts bereid is tot een medische ingreep bij niet-geneeskundige problemen is een beslissing van de arts, niet van de patiënt.

Als er een medische ingreep plaatsvindt bij een niet-geneeskundig probleem en de afweging van de betekenis die het probleem voor de patiënt heeft tegen de medisch-predictieve betekenis van de ingreep heeft niet plaatsgehad, dan kan niemand weten of de ingreep bijdraagt aan de oplossing van het probleem. Dan ontstaat de paradoxe situatie dat de arts door zijn medisch ingrijpen de indruk wekt dat er sprake is van een geneeskundig probleem, terwijl de arts alleen maar in staat is tot het beoordelen van het door zijn eigen ingrijpen geschapen probleem. Er is dan sprake van paradox handelen van de arts.

De context van het probleem vormt de randvoorwaarde waarbinnen zich de geneeskundige oordeelsvorming kan voltrekken. De arts heeft de context waarin het probleem tot oplossing moet worden gebracht slechts tot op zekere hoogte in de hand; bovendien is de betekenis van de context voor het geneeskundig oordeel lang niet altijd voldoende bekend: het geneeskundig oordeel blijft in alle gevallen een kwestie van waarschijnlijkheid.

Geneeskundige oordeelsvorming vooronderstelt kennis van medische predictie en van medisch ingrijpen, dat is ingrijpen op het menselijk lijf door een arts in functie. Arts is wie op basis van zijn kennis van en inzicht in de medische wetenschap verantwoording op zich neemt voor geneeskundige zorg, dat is zorg voor geneeskundige problemen.

Het is nu mogelijk aan te geven onder welke voorwaarden geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is:

1. als onderscheid gemaakt kan worden tussen geneeskundige en niet-geneeskundige problemen;
2. als een antwoord mogelijk is op de vraag of medisch ingrijpen gemeten aan geneeskundige criteria kan bijdragen aan de oplossing van geneeskundige problemen.

Deze voorwaarden impliceren dat geen wetenschappelijk te toetsen antwoord mogelijk is op de vraag of medisch ingrijpen gemeten aan

geneeskundige criteria kan bijdragen aan de oplossing van een niet geneeskundig probleem.

Op grond van deze voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is kan gesteld worden:

**DE ARTS IS ALLEEN DAN IN STAAT TOT EEN ANTWOORD OP DE VRAAG OF MEDISCH INGRIJPEN KAN BIJDRAGEN AAN DE OPLOSSING VAN EEN GEZONDHEIDSPROBLEEM ALS DAT GEZONDHEIDSPROBLEEM ALS EEN GENEESKUNDIG PROBLEEM BEGREPEN KAN WORDEN.**

Er zijn op deze stelling twee toetsen mogelijk: een directe toetsing gebaseerd op meting van het effect van het handelen van de arts; en een indirecte toetsing gebaseerd op een bevraging van de arts naar zijn handelen.

### **1. Directe toetsing: empirie.**

Deze stelling moet als onjuist verworpen worden als het effect van handelen op basis van een geneeskundig oordeel bij een bepaald gezondheidsprobleem gemeten aan geneeskundige criteria niet blijkt te verschillen van het effect van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust. Om een dergelijk verschil te kunnen aantonen moet de groep mensen die in een bepaalde populatie een welomschreven gezondheidsprobleem vertoont, verdeeld worden in tweeën: het gezondheidsprobleem wordt bij de ene helft aan geneeskundige oordeelsvorming onderworpen, bij de andere helft niet. Te verwachten valt dat bij degenen die op basis van een geneeskundig oordeel zijn behandeld na verloop van zekere tijd minder vorm- en functie-stoornissen zullen voorkomen dan bij degenen die niet geneeskundig zijn beoordeeld.

Alvorens een dergelijk onderzoek gestart kan worden moet bekend zijn welke oplosbare en niet-oplosbare geneeskundige problemen achter dit gezondheidsprobleem schuil kunnen gaan, en in welke frequentie de verschillende geneeskundige en niet-geneeskundige problemen zich in de gegeven populatie bij dit gezondheidsprobleem voordoen. Nagegaan moet ook worden in hoeverre de context van invloed is op de mogelijkheden om tot een geneeskundig oordeel te komen, bv. in hoeverre psychologische en ethische aspecten een bepaalde onderzoeksopzet doorkruisen.\*

Op grond van deze overweging kan dan een gedifferentieerde hypothese opgesteld worden met betrekking tot de veronderstelde winst die geneeskundige oordeelsvorming met zich mee zal brengen.

\*Zo kon het geplande onderzoek naar de effectiviteit van cervixscreening geen doorgang vinden omdat de Tweede Kamer destijds meende dat iedere Nederlandse vrouw in een bepaalde leeftijdsklasse recht had op cervixscreening.

Om een dergelijke hypothese te toetsen zou als gezondheidsprobleem bij voorbeeld pijn op de borst bij mensen die zich daarmee tot hun huisarts wenden gekozen kunnen worden.

Van der Does en Lubsen<sup>1</sup> lieten een aantal huisartsen hun beoordeling van patiënten, die zich tot hen wenden met klachten die zouden kunnen wijzen op het bestaan van een hartinfarct, vastleggen. Enige tijd daarna werden deze patiënten aan een electromyocardiografisch onderzoek onderworpen en er werd in hun bloed de waarden van een aantal serumenzymen bepaald. Op grond van dat onderzoek werd definitief vastgesteld of er sprake was geweest van een hartinfarct of niet. De onderzoekers komen tot de conclusie dat de huisarts beter onderscheid kan maken tussen hartinfarct en andere ten dele niet-geneeskundige problemen, als de huisarts de beschikking zou hebben over een beoordeling van een ECG en van de serumenzymen.

Ervan uitgaande dat medisch ingrijpen bijdraagt aan de verlenging van de levensduur van patiënten die door een hartinfarct worden getroffen, dan zou de hypothese voor dit onderzoek kunnen luiden: patiënten die zich met pijn op de borst wenden tot een huisarts, die beschikt over de mogelijkheid een ECG te (laten) beoordelen en serumenzymen te (laten) bepalen, hebben een grotere overlevingskans dan patiënten die zich wenden tot een huisarts die niet de beschikking heeft over deze diagnostische faciliteiten. Uiteraard zou ervoor gezorgd moeten worden dat de twee groepen patiënten slechts in dit ene opzicht verschillen, dat de ene groep patiënten te maken krijgt met huisartsen die wel over deze diagnostische faciliteiten beschikken, en de andere groep te maken krijgt met huisartsen, die daar niet over beschikken; en niet dat de ene groep patiënten te maken krijgt met diagnostische goed geoutilleerde huisartsen en de andere groep met diagnostisch slecht geoutilleerde huisartsen. Immers, daardoor zou de sterfte als gevolg van andere aandoeningen die aan pijn op de borst ten grondslag kunnen liggen, kunnen interfereren. En ook moet erop worden toegezien dat in de ene groep patiënten niet aanmerkelijk meer cholecystitiden, longembolieën en hartinfarcten voorkomen dan in de andere groep. En zo zouden nog vele andere condities genoemd kunnen worden die bij een dergelijke onderzoeksopzet van invloed zouden kunnen zijn op de onderzoeksresultaten.

Mocht nu uit een dergelijk onderzoek blijken dat er geen verschil in sterftekans bestond tussen beide groepen van patiënten, dan moet de conclusie luiden dat het antwoord van de huisarts op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van het probleem van de patiënt met pijn op de borst, onafhankelijk is van zijn vermogen om uit te maken of de pijn berust op een infarct, dat is een geneeskundig probleem, of niet.

Een dergelijk onderzoek zou bijna onoverkomelijke methodologische problemen met zich meebrengen. Ik heb er derhalve van af gezien.

## **2. Indirecte toetsing: adstructie.**

De stelling wint aan kracht als in het handelen van de arts, dat niet op een geneeskundig oordeel is gebaseerd, tegenstrijdigheden kunnen worden aangetoond die dit handelen tot paradox handelen maken.

Er zijn verschillende methoden om inzicht te krijgen in het handelen

1. Van der Does en Lubsen 1978.

van artsen. Gerritsma en Smal<sup>2</sup> noemen praktijkobservatie, analyse van medische verslagen, enquêtering en simulatie. Zij kozen voor simulatie. Het doel van hun studie was inzicht te krijgen in de werkwijze van artsen; van een oordeel over de kwaliteit van het medisch handelen onthouden zij zich uitdrukkelijk. De verbetering van de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen is wel het uitgesproken doel van de zogenaamde huisartsgeneeskundige conferenties. Deze hebben de vorm van een forum-discussie, waarbij uitgebreid aandacht aan de literatuur wordt besteed.<sup>3</sup>

Vermoedelijk is het onderscheid tussen het formele aspect van de beschrijving van de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is, en het persuasieve aspect van het empirisch aantonen van de gunstiger resultaten die van het handelen op basis van een geneeskundig oordeel verwacht mogen worden eenvoudiger af te leiden uit de literatuur dan uit een enquête, een discussie of een observatie van de arts. Men mag immers verwachten dat in een boek of een artikel èn een weloverwogen richtlijn voor het handelen wordt gegeven, èn, daarnaast, een argumentatie voor die richtlijn op basis van eigen onderzoek, dan wel op basis van een weloverwogen literatuuronderzoek. Derhalve is in deze studie voor literatuuronderzoek als methode gekozen. Met die keus ligt echter vast welke artsen men zal vragen: artsen die over hun werk publiceren. De mogelijkheid dat er ideeën met betrekking tot oordeelsvorming onder artsen leven, die niet in de literatuur tot uitdrukking worden gebracht is daarmee gegeven.

Door literatuuronderzoek als methode van onderzoek te kiezen wordt het mogelijk nog een aspect van de probleemstelling met betrekking tot geneeskundige oordeelsvorming te belichten: de in dit proefschrift verdedigde stellingname pretendeert geldigheid te hebben onafhankelijk van de context van het probleem. Door het literatuuronderzoek niet te beperken tot de huidige tijd maar ook literatuur uit vroegere perioden in het onderzoek te betrekken wordt het mogelijk de betekenis van geneeskundige oordeelsvorming te onderzoeken in situaties waarin de context van gezondheidsproblemen een andere is dan anno 1984.

Behalve dat het literatuuronderzoek zich leent als methode om inzicht te krijgen in het feitelijke handelen van artsen, zij het met bepaalde beperkingen, leent het zich ook om na te gaan of in uitspraken door de professie over de taak en de functie van de arts in de samenleving het geneeskundig oordeel als richtsnoer voor het handelen van de arts wordt beschouwd, en geneeskundige oordeelsvorming als functie van de arts.

Het is mogelijk dat uit de literatuur blijkt dat (een aantal elementen in) het handelen van de arts in overeenstemming is met de voorwaarden

2. Gerritsma en Smal 1982.

3. Huygen 1980.

waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is. In dat geval zal moeten worden nagegaan of in de literatuur wordt verwezen naar empirisch onderzoek als onder 1. (directe toetsing; zie blz. 47) is beschreven. Als naar dergelijk onderzoek wordt verwezen dan kan deze studie als een verslag van een empirische studie gelden. Blijkt echter het handelen van de arts niet in overeenstemming met de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is, dan mag verwacht worden dat tegenstrijdigheden, die tot paradox handelen moeten leiden, kunnen worden aangetoond. In dat geval mag de conclusie getrokken worden dat de arts niet in staat is tot een antwoord op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem, en kan deze studie als adstructie gelden van de stelling dat de arts alleen dan in staat is tot een antwoord op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat gezondheidsprobleem als een geneeskundig probleem begrepen kan worden.

De studie met betrekking tot de onderzochte literatuur verloopt dan in drie stappen:

1. de beschrijving van de waardering van de medisch-predictieve betekenis van de geneeskundige problemen die in een bepaald artikel(verzameling van artikelen) worden genoemd;
2. de beschrijving van de waardering van de medisch-predictieve betekenis van die geneeskundige problemen na medisch ingrijpen;
3. de beschrijving van de niet-geneeskundige problemen die in het artikel (of de verzameling van artikelen) worden vermeld en hun behandeling.

Op grond van deze beschrijvingen kan worden nagegaan of in een bepaald artikel is voldaan aan de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is en of in de literatuur wordt verwezen naar onderzoek waaruit blijkt dat het effect van handelen op basis van een geneeskundig oordeel gemeten aan geneeskundige criteria zich gunstig onderscheidt van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust.

De onderhavige studie is beperkt gebleven tot een onderzoek naar literatuur over het handelen van de Nederlandse huisarts vanaf het eind van de negentiende eeuw, dat is vanaf de tijd dat de universitaire opleiding als enige opleiding werd aangewezen waarmee een bevoegdheid tot het uitoefenen van de genees- heel- en verloskunde in hun volle omvang kon worden verkregen. Waarom nu juist het handelen van de huisarts sinds het midden van de vorige eeuw is onderzocht wordt nader uiteengezet in III.2.

In hoofdstuk IV zijn de resultaten neergelegd van een literatuur-

onderzoek naar het geneeskundig oordeel over maagklachten door de huisarts. De keus voor maagklachten moet als een betrekkelijk willekeurige beschouwd worden. Doorslaggevend argument was dat maagklachten zeker vanaf halverwege de vorige eeuw tot vandaag de dag de aandacht getrokken hebben van artsen, en er is in die tijd veel onderzoek verricht over dit gezondheidsprobleem. De historische ontwikkeling van het geneeskundig oordeel over maagklachten is anders verlopen dan dat over bv. pijn op de borst, hoofdpijn of bloedophoesten. Achter maagklachten verschuilen zich andere geneeskundige problemen dan achter pijn op de borst, en het moet niet uitgesloten geacht worden dat zich anno 1984 achter maagklachten een andere scala van geneeskundige en niet-geneeskundige problemen schuil gaat dan anno 1900, zoals dat immers ook het geval is met bloed ophoesten. De keus om het onderzoek op maagklachten te richten is geen indifferente. Een korte schets van de behandeling van maagklachten door de (huis)arts sinds het midden van de vorige eeuw waarin deze keus nader wordt toegelicht wordt gegeven in III.3.

Het handelen van de huisarts wordt in deze studie niet alleen onderzocht in literatuur die aanwijzingen wil geven over hoe te handelen bij een bepaald gezondheidsprobleem, maar ook in literatuur die de taak en functie van de huisarts in de samenleving belicht. In dit proefschrift is gekozen voor een belichting vanuit de professie; daarmee wordt de vraag beantwoord of vanuit de professie geneeskundige oordeelsvorming als de functie van de huisarts wordt beschouwd. De resultaten van dit onderzoek zijn neergelegd in hoofdstuk V.

De literatuurkeuze die gemaakt is ten behoeve van het onderzoek naar geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts met betrekking tot maagklachten, en naar wat beroepsorganisaties te zeggen hebben over geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts, wordt nader toegelicht in III.4.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt:

1. kan aan de hand van literatuuronderzoek geadstrueerd worden dat alleen dan een antwoord mogelijk is op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat probleem als geneeskundig probleem begrepen kan worden;
2. wordt in de onderzochte literatuur gewag gemaakt van onderzoek waaruit blijkt dat de effecten van handelen op basis van een geneeskundig oordeel zich gunstig onderscheiden van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust.

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden is in dit proefschrift een literatuuronderzoek ingesteld naar het handelen van de Nederlandse huisarts met betrekking tot maagklachten, en naar opvattingen met betrekking tot taak en functie van de Nederlandse huisarts zoals ver-



woord door beroepsorganisaties. De resultaten van dit onderzoek voorzover betrekking hebbend op de eerste vraagstelling worden gepresenteerd in hoofdstuk IV en V. Een samenvatting van dit onderzoek wordt gegeven in hoofdstuk VI. In dat hoofdstuk zal aandacht aan de tweede vraagstelling gegeven worden, en wordt de vraag beantwoord in hoeverre dit onderzoek als adstructie beschouwd moet worden, dan wel als empirische toetsing van de stelling kan gelden.

### III.2 KORTE SCHETS VAN DE POSITIE VAN DE HUISARTS IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG SINDS HET MIDDEN VAN DE VORIGE EEUW.

Dat het literatuuronderzoek in deze studie beperkt is gebleven tot literatuur bedoeld voor cq. betreffende de Nederlandse huisarts heeft niet te maken met de betrekkelijk toevallige omstandigheid dat de promovendus huisarts is. De rechtvaardiging van deze keus ligt hierin dat in de Nederlandse gezondheidszorg van de huisarts verwacht wordt dat hij zich uitspreekt over vrijwel alle problemen waarvan mensen menen dat geneeskundig handelen kan bijdragen aan de oplossing ervan. Daarom lijkt het aannemelijk dat het percentage niet-geneeskundige problemen dat de huisarts onder ogen krijgt veel hoger ligt dan in de specialistische praktijk het geval is. Daarom moet geneeskundige oordeelsvorming een specifiek kenmerk van de huisarts zijn.

Tot 1973, toen de huisartsenregistratie tot stand kwam, was de Nederlandse huisarts de algemene arts, bevoegd tot de uitoefening van de genees-, heel- en verloskunde in hun volle omvang, zoals geconcipeerd door Thorbecke in zijn Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (1865).<sup>4</sup> Deze wet was tot stand gekomen nadat de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst jarenlang tevergeefs had gepoogd haar ideaal, de eenheid van kennis, kunde en bevoegdheid, gestalte te geven. Maar nog voordat het ideaal geheel bereikt was werd het al van zijn inhoud beroofd door de ontwikkeling van specialisaties. De eerste schermutzingen over de onderlinge verhouding tussen huisarts en specialist vinden in 1878 plaats bij de invoering van de Wet op het Hoger Onderwijs. Deze wet liet de medische hoogleraren de mogelijkheid om (beperkte) particuliere praktijk uit te oefenen. Aanvankelijk werd hierbij uitsluitend gedacht aan consultatie op verzoek van de huisarts, maar dankzij een amendement Godefrui kon de patiënt zich ook rechtstreeks en zonder tussenkomst van de huisarts tot een hoogleraar wenden. De zaak is rond de eeuwwisseling nog enige malen stof tot discussie. In de algemene vergadering van de Maatschappij in 1905 wordt de vraag gesteld naar de invloed van poliklinieken op de standbelangen en naar de voorwaarden

4. De hier gegeven historische schets is gebaseerd op Festen 1962, 1963 en 1974.



waaronder de poliklinieken werken. Er wordt een commissie ingesteld die in 1908 een rapport over deze materie publiceert. De commissie heeft in een enquête huisartsen gevraagd hun grieven op tafel te leggen maar de respons was bedroevend gering. Bovendien blijkt het in een groot aantal gevallen waarin de patiënt regelrecht naar de polikliniek gaat in het belang van de patiënt en zijn gezondheid te zijn geweest. De commissie vindt de directe gang naar de polikliniek bij eenvoudige zaken die louter technische handelingen vereisen, zoals kies-extractie, het aanmeten van een bril, het verwijderen van een corpus alienum uit het oog, alleszins te rechtvaardigen. Zo ook bij geslachtsziekten, waarbij de patiënt gegronde redenen heeft een bezoek aan zijn huisarts te vermijden. Echter, bij ziekten van langere duur, waarbij het gehele organisme betrokken is, is overleg tussen huisarts en specialist geboden.

De situatie waarin de patiënt het vertrouwen in zijn huisarts heeft verloren, vormt een hoofdstuk apart. De gang naar de polikliniek op financiële gronden — de poliklinieken werkten vaak kosteloos of tegen een geringe vergoeding — acht de commissie verwerpelijk omdat ... “dan voor velen een medisch advies het karakter zou aannemen van een koopwaar die men zich voor een appel en een ei kan verschaffen als men maar de gelegenheid kent”.

De commissie formuleert vier conclusies:

1. er moeten criteria komen waaruit duidelijk blijkt wie zich specialist mag noemen;
2. de poliklinieken moeten slechts toegankelijk zijn voor on- of minvermogenen;
3. de poliklinieken willen wel contacten met de huisartsen, maar de huisartsen verstrekken onvoldoende gegevens bij verwijzing;
4. als de patient buiten medeweten van de huisarts wordt behandeld in een polikliniek, dan moet de polikliniek ook de volledige verantwoordelijkheid dragen.

In 1912 produceert dezelfde commissie nogmaals een rapport. Hierin was de vraagstelling in hoeverre het algemeen belang samenwerking eist tussen huisarts en specialist. De commissie omschrijft wat zij verstaat onder “specialist”: “Zij die de behandeling van de afwijkingen van een bepaald orgaan of een bepaald orgaansysteem, of behandeling met bijzondere methoden tot hun praktische bezigheid gekozen hebben. De specialist dient zich uitsluitend bezig te houden met zijn specialisme en geen algemene praktijk uit te oefenen, uitgezonderd de huisarts-kinderartsen”.

De conclusies luiden nu als volgt:

1. het is in het algemeen wenselijk dat de specialist die te zijnen huize een patiënt onder behandeling neemt, daarvan aan de huisarts melding doet, ongeacht of de zieke reeds elders onder behandeling

- was, tenzij de patiënt zich daar beslist tegen verzet;
2. het is in het algemeen wenselijk dat de specialist een patiënt die niet onder behandeling is te diens huize slechts onder behandeling neemt indien de huisarts daarvan in kennis wordt gesteld;
  3. een patiënt die voor het lijden waarvoor hij bij de specialist hulp zoekt onder behandeling is van zijn huisarts wordt door de specialist niet aan huis bezocht en behandeld zonder voorafgaande kennisgeving van de specialist aan de huisarts.

Het probleem komt daarna nog enige malen ter sprake in de Maatschappij, maar tot taakafbakening tussen huisarts en specialist komt het niet. Pas in 1929 als de verhouding tussen specialist en huisarts door de ziekenfondspraktijk is opgelost omdat het bezoek van een ziekenfondspatiënt slechts vergoed wordt als de huisarts de verwijzing tot stand heeft gebracht, komt de zaak definitief in de Maatschappij aan de orde. Dan spreekt het hoofdbestuur in zijn inleiding op het probleem van een tragikomische voorgeschiedenis en van het helaas wel wat laat gewonnen inzicht dat hier niet alleen sprake is van ethische regelen, maar ook van verhoudingen die de belangen van betrokkenen regelen.

En dan, aan de vooravond van de instelling van het specialistenregister (1933) is de verhouding tussen huisartsen en specialisten geregeld: de patiënt heeft het recht de arts te consulteren die hij wenst, voorzover zijn eigen financiële middelen of die van het ziekenfonds dat toelaten.

In de Nederlandse situatie anno 1984 wenden bijna alle mensen die denken dat ze gebaat zijn bij geneeskundige zorg, zich in eerste instantie tot de huisarts. In die situatie lijkt sinds het begin van deze eeuw weinig veranderd te zijn. Mensen die menen een geslachtsziekte te hebben opgelopen, kunnen zich in de grote steden direct tot speciale poliklinieken wenden; tandheelkundige problemen kunnen direct voorgelegd worden aan de tandarts; de vrouw die zwanger is kan zonder tussenkomst van de huisarts naar de vroedvrouw gaan en de afgifte van een verwijskaart voor de oogarts als het gaat om het aanmeten van een bril is vaak niet meer dan een administratieve formaliteit maar wie ziekenfondspatiënt is, dat is 70% van de Nederlandse bevolking, heeft in vrijwel alle andere gevallen, wanneer hij of zij een specialist wil bezoeken, een verwijskaart van de huisarts nodig, tenzij hij het bezoek aan de specialist zelf wil betalen. En ook vele particuliere verzekeringsmaatschappijen vragen een verklaring van de huisarts, dat verwijzing naar een specialist "medisch noodzakelijk" was, alvorens het specialistenbezoek te vergoeden.

Uiteraard maakt geneeskundige oordeelsvorming ook deel uit van de functie van de specialist. Huisartsen verwijzen soms met de vraag naar het oordeel van de specialist, bijvoorbeeld als de huisarts onvoldoende zekerheid kan krijgen over de medisch-predictieve betekenis van het

probleem. Ook als het gaat om een zogenaamde therapeutische verwijzing blijft oordeelsvorming noodzakelijk. Tenslotte is er ook nog de mogelijkheid dat de huisarts verwijst, niet omdat hijzelf van mening is dat hij tekort schiet in kennis of kunde, maar omdat de patiënt daarop aandringt en de huisarts de patiënt niet kan overtuigen dat een specialistisch consult overbodig is. Ook de specialist staat voor de noodzaak zich een oordeel te vormen, al zou het alleen maar zijn over de vraag of binnen zijn specialisme een bijdrage te leveren is aan de oplossing van het probleem.

Veel geneeskundige research is in de kliniek verricht, onder omstandigheden, die niet te vergelijken zijn met de situatie buiten de muren van het ziekenhuis. Ongetwijfeld kan de huisarts beter dan de specialist signaleren dat de omstandigheden van de patiënt effectieve geneeskundige zorg in de weg staan, al zal een uitspraak daarover bij gebrek aan voldoende wetenschappelijk onderzoek veelal moeten steunen eerder op ervaring, dan op harde wetenschappelijke kennis. De huisarts kent immers het gezin van de patiënt, hoe hij woont, zijn (medische) voorgeschiedenis, zijn reacties op medische ingrepen. De huisarts verkeert bij uitstek in de positie om onderzoek te doen naar de invloed van de context op de uitkomsten van geneeskundig handelen.

Binnen de muren van het ziekenhuis is de research naar de predictieve betekenis van gezondheidsproblemen slechts mogelijk bij die problemen waarvan het merendeel in het ziekenhuis gezien wordt. Dat is bijvoorbeeld het geval bij oncologische problemen omdat het merendeel van alle oncologische problemen na verloop van tijd in het ziekenhuis belandt. Dat is niet het geval bij patiënten met hoofdpijn: de neuroloog mist dan de rhino-otologische problemen, de KNO-arts de neurologische problemen en bij beiden zal hoofdpijn als niet-geneeskundig probleem in verhouding tot de algemene praktijk ondervertegenwoordigd zijn. Het is ook niet het geval bij het onderzoek naar klachten, die kunnen wijzen op verhoogd risico op acute coronaire episoden in de naaste toekomst. Zouden dergelijke onderzoeken vanuit de specialistische praktijk worden opgezet, dan kan immers onmiddellijk de vraag gesteld worden welke selectie-criteria bij de opbouw van de onderzochte populatie gehanteerd zijn.

De vraag welke selectie-criteria een rol spelen bij de opbouw van de onderzochte populatie kan ook gesteld worden als de gezondheidsproblemen die de huisarts anno 1980 worden aangeboden worden gesteld naast de gezondheidsproblemen die de huisarts rond de eeuwwisseling werden voorgelegd. Ruhe toonde in zijn praktijk aan dat de behoefte aan medische hulp in 1938 en 1954 gelijk was gebleven bij notabelen, maar dat de overige patiënten, die in 1938 belangrijk achterbleven, in 1954 vrijwel het peil bereikten dat de notabelen reeds in 1938 hadden bereikt.

De enige groep die daarop een uitzondering vormde waren de boeren: hun behoefte aan medische hulp bleef ook nog in 1954 achter bij de anderen. Als belangrijkste oorzaak daarvan wijst Ruhe de sterke toename van het aantal voor ziektekosten verzekerden aan.<sup>5</sup>

Het aantal patiënten dat Ruhe in 1938 met gastritis, dyspepsie en gastroenteritis zag verschilde weinig of niet van het aantal dat hij in 1954 met deze aandoeningen zag. Hij zag echter in 1954 twee maal zo vaak maagzweren als in 1938. De reden daarvan is niet direct te achterhalen. Verbeterde diagnostiek? Of misschien een gerichter zoeken naar de maagzweer, omdat de therapeutische consequenties in 1954 anders waren dan in 1938? Of toch een toename in frequentie van voorkomen? Het onderzoek van Ruhe illustreert in ieder geval dat de context van maagklachten in 1938 een andere was dan in 1954.

De huisarts is vanaf het einde van de vorige eeuw voor een belangrijk deel van de bevolking de arts aan wie zij hun gezondheidsproblemen voorleggen. De huisarts moet beslissen of hij het onderzoek en de behandeling van een bepaald gezondheidsprobleem zelf ter hand zal nemen, of dat hij de patiënt zal verwijzen naar een specialist. In die beslissing speelt de context van het probleem een belangrijke rol. Zo zal het van periode tot periode kunnen verschillen welke problemen de huisarts naar de specialist zal verwijzen en welke niet. Zoals het ook van periode tot periode zal verschillen welke problemen mensen aan een huisarts voorleggen en welke niet. De specialist heeft steeds te maken gehad met een grotendeels door de huisarts geselecteerd probleem aanbod, en naar men mag verwachten zal het geneeskundig karakter van de problematiek toegespitst op het desbetreffende specialisme een belangrijk selectie-criterium vormen. Dat maakt de herkenning van problemen als geneeskundige problemen en als niet-geneeskundige problemen voor de specialist moeilijk en in een aantal gevallen onmogelijk. Als de arts alleen dan in staat is tot een antwoord op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een probleem dat iemand hem in zijn functie als arts voorlegt, wanneer dat probleem als een geneeskundig probleem begrepen kan worden, dan is de huisarts op grond van zijn positie in de gezondheidszorg de eerst-aangewezene om niet-geneeskundige problemen als zodanig te herkennen. Die functie van de huisarts als poortwachter voor de Nederlandse gezondheidszorg werd onlangs nog eens in het onderzoek van Boots naar het werk van de huisarts uitdrukkelijk bevestigd.<sup>6</sup>

Daarom is het handelen van de huisarts als object van deze studie naar geneeskundige oordeelsvorming gekozen.

5. Ruhe 1957.

6. Boots 1983.

### III.3 KORTE SCHETS VAN DE BEHANDELING VAN MAAGKLACHTEN DOOR DE HUISARTS SINDS HET MIDDEN VAN DE VORIGE EEUW.

Dat in hoofdstuk IV gekozen is voor het onderzoek naar het geneeskundig oordeel over maagklachten moet als een willekeurige keuze beschouwd worden: het had evengoed hoofdpijn of pijn op de borst kunnen zijn, of anaemie of syfilis. De historische ontwikkeling van het geneeskundig oordeel over de maagzweer is echter anders verlopen dan dat over syfilis, en dat verloopt weer anders dan het geneeskundig oordeel over het maagcarcinoom; achter maagklachten verschuilen zich andere geneeskundige problemen dan achter pijn op de borst, en het aandeel van niet-geneeskundige problemen dat achter pijn op de borst schuil gaat zal kleiner zijn dan het aandeel van niet-geneeskundige problemen dat achter hoofdpijn schuil gaat. Zoals uit deze korte schets zal blijken is de keus om het onderzoek te richten op de behandeling van maagklachten geen indifferente.

Onder "maagklachten" wordt in 1977 maagpijn, een vol, een leeg of een onaangenaam gevoel op de maag, misselijkheid, opboeren, maagzuur, braken en hartwater verstaan.<sup>7</sup> De Leidse hoogleraar W. Nolen (1854-1939) schrijft in 1894 over symptomen van nerveuze maagaandoeningen, en somt dan dezelfde klachten op; hij voegt daar nog aan toe gebrek aan eetlust, zodat hij ook anorexia nervosa tot de maagklachten kan rekenen.

Maagklachten kunnen veroorzaakt worden door maagaandoeningen, zoals de maagzweer en het maagcarcinoom; maagklachten kunnen ook veroorzaakt worden door aandoeningen in andere organen, zoals decompensatio cordis en infectieziekten. Deze laatste categorie aandoeningen is in deze studie niet stelselmatig onderzocht. En dan zijn er de nerveuze maagklachten. Als we Nolen mogen geloven werden al in de 17e eeuw maagklachten als zodanig onderkend, maar onder invloed van de oppermachtige positie van de pathologische anatomie wierp men een nerveuze origine van maagklachten in de vorige eeuw ver van zich: alles trachtte men in termen van pathologische anatomie te begrijpen, en wat men niet begreep noemde men "maagcatarrh" of "gastritis". Maar aan het eind van de vorige eeuw is de belangstelling voor maagneurosen sterk toegenomen; de biologie verdringt de pathologische anatomie, zo schrijft Nolen.<sup>8</sup>

De hernieuwde belangstelling voor maagneurosen schrijft hij toe aan het onderzoek met de maagsonde. Deze was halverwege de vorige eeuw

7. Cornelissen 1977\*.

8. Nolen 1894\*.

ontwikkeld: in 1869 stelde de Duitse clinicus Adolf Kussmaul (1822-1902) voor de maag te spoelen in geval van uitzetting van de maag. Hij was misschien niet de eerste die het uitspoelen van de maag praktiseerde, maar hem komt wel de eer toe als eerste de indicatie zuiver gesteld te hebben, en ook heeft hij de techniek verbeterd.<sup>9</sup> Twee jaar later, in 1871, begon W.O. von Leube (1842-1922) het apparaat van Kussmaul voor diagnostische doeleinden te gebruiken.

Maar kennelijk is ook in het midden van de vorige eeuw de opvatting dat maagklachten van nerveuze aard kunnen zijn nooit geheel verdwenen. In 1868 verschijnt in Nederlandse vertaling een boek over de ziekten van de maag en van de dunne darm van de hand van de Engelse arts Sam. Fenwick (1821-1902). De schrijver stelt zich in de inleiding van dat boek ten doel maagklachten in termen van pathologische anatomie te beschrijven. Maar hij beschrijft ook de nerveuze dyspepsie: daarbij worden geen pathologisch-anatomische afwijkingen gevonden; de klachten beschouwt hij als maagfunctiestoornissen.

Het onderzoek met de maagsonde brengt geen licht in de pathofysiologie van de nerveuze maagklachten. Rond 1925 is men opnieuw van mening dat bij patiënten die klagen over hun maag eigenlijk altijd een anatomische afwijking gevonden wordt, mits men goed zoekt.<sup>10</sup> In 1978 moet de maagdarmarts toegeven dat maagklachten in ongeveer de helft van de gevallen onverklaard blijven, ook in de specialistische praktijk.<sup>11</sup>

Het maagcarcinoom is in 1900 en in 1980 het treurigste van alle maagaandoeningen; het is in bijna alle gevallen inoperabel als het ontdekt wordt.

Het ulcus is de meest bediscussieerde aandoening van de maag in de onderzochte perioden. Het wordt voor het eerst beschreven door de Fransman Cruveilhier (1791-1874) in zijn "*Anatomie pathologique du corps humaine*", dat in de jaren 1830 tot 1842 in Parijs verscheen. Cruveilhier beschrijft het ulcus als een laesie van maagslijmvlies. Hij wijst erop dat bij sectie soms ulcera worden gevonden zonder dat er tijdens het leven sprake was van enige klacht. Maar meestal zijn er wel meer of minder belangrijke klachten: verlies van eetlust of vreemde eetgewoonten, onoverwinnelijke tegenzin in eten, moeilijkheden met de spijsvertering, misselijkheid of heftige pijnen in epigastrio, en soms heftige stekende pijn tijdens de spijsvertering, of juist als de maag leeg is. Soms straalt de pijn uit naar de rugwervels, en sommige patiënten klagen meer over pijn in de rug dan over pijn in het epigastrium.

9. Romkes 1905\*.

10. Pel 1925 blz. 275\*.

11. Hellemans 1978\*.

Soms bestaat er gewichtsverlies, constipatie, misselijkheid, overgeven en tenslotte bloedbraken.<sup>12</sup>

Het dieet dat Cruveilhier zijn patiënten voorschreef was afhankelijk van de klachten van de patient:

“Le point essentiel est de trouver un aliment que l'estomac puisse supporter, et l'instinct des malades nous dirige souvent beaucoup mieux que tous les préceptes”.

.....

“On ne se fait pas une idée de la délicatesse, de la finesse de tact, que présente le sens gastrique (qu'on me passe cette expression) dans certains cas de maladie de l'estomac. Il n'y a pas de réactif chimique, pas d'instrument de précision dans les sciences physiques plus sensible que la membrane muqueuse de l'estomac malade: elle palpe tout; elle apprécie tout, jusqu'aux plus légères nuances, si ce mot peut s'appliquer à autre chose que les couleurs.”<sup>13</sup>

Dat standpunt wordt rond de eeuwwisseling door de Amsterdamse hoogleraar P.K. Pel (1852-1919) gedeeld.<sup>14</sup> Dat wil niet zeggen dat de patiënt aan zijn lot moet worden overgelaten; want de patiënt is, tot zijn eigen schade, geneigd tot onmatigheid, zo meent Pel. Daarom moet de arts wel toezicht houden op wat de patiënt eet; maar de samenstelling ervan wordt gebaseerd op de ervaring van de patiënt: wat hem last bezorgd moet hij vermijden, wat hem goed bekomt mag hij vrij gebruiken.

Er waren er die er anders over dachten. J. Schrijver (1871-1951), destijds privatdocent in maag- en ingewandsziekten en de dietetiek te Amsterdam, schreef in 1922 een klinische les over de dietetische behandeling van de maagweer. Hij was van mening dat het onderzoek met de sonde het mogelijk had gemaakt op fysiologische gronden een dieet samen te stellen. Hij citeert om dat standpunt te verdedigen verschillende in zijn ogen gezag hebbende auteurs vanaf ongeveer 1870, die zijn opvattingen delen. Anno 1980 is men echter teruggekeerd tot de opvatting van Cruveilhier en Pel: er is geen ander argument om bepaalde voedingsmiddelen aan de patiënt te verbieden dan het feit dat hij er last van krijgt.<sup>15</sup>

Dat het rond 1880 mogelijk werd maagresecties te verrichten is van grote invloed geweest op de kennis van de maagzweer en zijn verloop. Voordien was men geheel aangewezen op het post mortem onderzoek. Pas rond 1900 begint men te onderkennen dat het ulcus duodeni een

12. geciteerd naar Major 1945.

13. geciteerd naar Schrijver 1922\*.

14. Pel 1899\*.

15. zie bv. Hellemans 1978\*.



relatief veel voorkomende aandoening is: in de derde druk van "*De ziekten van de maag*" van de Amsterdamse hoogleraar Pel, die in 1913 verscheen, werd het ulcus duodeni nog niet beschreven. In de vierde druk, die in 1925 posthuum verscheen in een bewerking van B.K. Boom (1891-1971) en P. Ruitinga (1867-1949), werd het genoemd als voorbeeld van een aandoening die sinds kort in pathologisch-anatomische termen te beschrijven was en waarvan men de klachten tot dan altijd ten onrechte voor een maagneurose had versleten. In deze tijd kwam men ook tot het inzicht dat de maagzweer een aandoening was die tot spontaan herstel neigde, zij het dan met een recidiverend karakter.<sup>16</sup> En dat inzicht heeft consequenties voor het therapeutisch beleid. Zowel in 1900 als in 1980 worden de stenose, de bloeding, die niet tot staan gebracht kan worden, en de maagperforatie als operatieindicaties genoemd. Rond de eeuwwisseling wordt ook de steeds recidiverende maagzweer als een indicatie voor operatie gezien omdat men de kans op complicaties als verbloeding, stenose en perforatie, en ook de kans op maligne ontaarding zeer groot achtte.<sup>17</sup> Sinds 1925 verandert dat: een ongecompliceerde maagzweer die steeds maar weer recidiveert, en steeds opnieuw klachten geeft, moge dan onder omstandigheden een reden zijn tot operatie, dwingend is het niet; sindsdien spreekt men dan van een relatieve indicatie tot operatie.<sup>18</sup>

In die tijd begint men een verklaring te zoeken voor het recidiverend karakter van de maagzweer. Men spreekt van een zogenaamde diathese, een soort aanleg waarvoor afwijkingen in het vegetatieve zenuwstelsel verantwoordelijk gesteld worden. De maagzweer zou vooral bij het "vegetatief gestigmatiseerde type" voorkomen.<sup>19</sup> In 1947 verschijnt een monografie over de maagzweer van de hand van de internist J.J. Groen. Hij verdedigt in dat boek de hypothese dat een bepaalde persoonlijkheid als oorzaak van de maagzweer is te beschouwen. Derhalve adviseert hij psychotherapie als therapie van keuze. Maar dat blijkt niet effectief.<sup>20</sup>

Het lijkt de laatste jaren rustiger geworden rondom de maagzweer en de maagklachten. Alleen in acute gevallen moet de arts beslissen; in alle andere gevallen moet de therapie in overleg met de patiënt worden bepaald.<sup>21</sup> Er is een geneesmiddel ontwikkeld dat de genezing van de maagzweer versnelt (cimetidine) maar of het effectiever zou zijn dan hoge doses antacida is nog omstreven. Maar sinds de invoering van het

16. Pel 1925\*. Hijmans van den Bergh 1930\*.

17. Talma 1895\*. Buning 1902\*.

18. Pel 1925\*. Hellemans 1978\*.

19. Heering 1938\*.

20. Van Alphen de Veer in Hogerzeil 1963\*.

21. Cornelissen 1977\*.



cimetidine is het aantal maagoperaties afgenomen.<sup>22</sup>

Er is in 1980 weinig meer over van de zelfverzekerdheid waarmee aan het begin van deze eeuw werd gesproken over het onderzoek naar functionele, of nerveuze maagstoornissen; en van de stelligheid waarmee de indicatie voor een maagoperatie werd gesteld. Juist die sterk wisselende opvattingen over maagklachten en hun behandeling maken het handelen van de (huis)arts bij maagklachten vanaf halverwege de vorige eeuw bij uitstek tot een geschikt object voor een studie naar geneeskundige oordeelsvorming.

### III.4 VERANTWOORDING VAN DE IN HET ONDERZOEK GE- BRUIKTE LITTERATUUR.

#### Hoofdstuk IV

De literatuur die in dit hoofdstuk als basis voor het onderzoek is gebruikt is beperkt gehouden tot tijdschriften die speciaal voor de huisarts bedoeld leken, in vier verschillende perioden: rond 1980 *Huisarts en Wetenschap* en *Patient Care*; rond 1960 *Huisarts en Wetenschap*; rond 1930 de *Geneeskundige Gids*; en rond 1900 *Geneeskundige Bladen* en de *Medische Revu*. Tenslotte is in het onderzoek een boek over de ziekten van de maag uit 1868 betrokken.<sup>23</sup> Deze vijf perioden zijn zo gekozen omdat ze ten naaste bij samenvallen met de invoering van de wet van Thorbecke (1865); de eerste discussies over de huisarts in de Maatschappij, volgens Festen (1962) rond 1900 begonnen; de invoering van het specialistenregister (1933); de oprichting van het NHG (1956) en de invoering van de beroepsopleiding tot huisarts (1972). In iedere periode bleek een tijdschrift te vinden dat juist opgericht was en speciaal voor huisartsen bedoeld was. Ik heb de gegevens uit deze tijdschriften aangevuld met de drie dissertaties die in de loop van deze eeuw door huisartsen over maagklachten en maagaandoeningen bewerkt zijn,<sup>24</sup> en enkele monografieën over maagaandoeningen en de maagzweer. Het onderzoek kan dus niet leiden tot een volledig overzicht van de op grond van een geneeskundig oordeel te toetsen bijdragen die de huisarts kan leveren aan het tot verdwijnen brengen van maagklachten. Met betrekking tot de maagzweer is het artikel van Van de Lisdonk<sup>25</sup> als zodanig te beschouwen.

22. Bulthuis en Laing 1982.

23. Fenwick 1868\*.

24. zie Bremer 1981; de drie dissertaties zijn Heering 1937\*, Kropveld 1942\* en Van Nieuwenhuyzen 1961\*.

25. Van de Lisdonk 1980\*.

De lijst van artikelen en boeken die bij het onderzoek zijn gebruikt vindt de lezer, per periode gerangschikt, op bladzij 168 e.v.

### 1960-1980: Huisarts en Wetenschap; Patient Care.

Sinds 1957 verschijnt "*Huisarts en Wetenschap*", het maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap. In dit tijdschrift verscheen in 1963 en 1964 een aantal artikelen en referaten over de maagzweer. Het duurt tot 1980 voor er opnieuw iets over dit onderwerp wordt gepubliceerd: een artikel in de serie verslagen van huisartsgeneeskundige conferenties, "een verslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen."<sup>25</sup>

*Patient Care* — "het tijdschrift voor de huisarts" luidt de ondertitel — wordt sinds 1974 gratis onder alle (huis)artsen verspreid. Ook dit tijdschrift besteedt aandacht aan de maagzweer. Vanaf 1973 verschijnt "*Kompas voor de huisarts*", weliswaar geen tijdschrift, maar een losbladig compendium voor de algemene praktijk. Hoofdstuk C 30, geschreven door R.L. Cornelissen en gedateerd februari 1977, is aan de patiënt met maagklachten gewijd.

Ook ging ik te rade bij het hoofdstuk maag- en darmklachten, geschreven door N. Hellemans in het leerboek interne geneeskunde dat in 1978 onder redactie van G.H.J. den Ottolander verscheen. Dit boek is echter niet in de eerste plaats voor huisartsen maar voor medische studenten geschreven. Omdat er in de vijftiger jaren vele contacten hebben bestaan tussen huisartsen en de internist J.J. Groen en omdat huisartsen sterk onder invloed hebben gestaan van zijn opvattingen over psychosomatische geneeskunde<sup>26</sup> heb ik Groen's monografie uit 1947 over het ulcuslijden in mijn studie betrokken.

### 1930: de Geneeskundig Gids

De *Geneeskundige Gids*, tijdschrift voor geneeskunde en volksgezondheid, verschijnt voor het eerst in mei 1923. Hoofdredacteur is A. Sikkel Azn., plaatsvervangend hoofdredacteurs zijn H.F. Fischer, arts te Den Haag en P.H. Kramer, 1e geneesheer aan het gemeenteziekenhuis aan de Bergweg te Rotterdam. Als redacteur-secretaris trad W. Schuurmans Stekhoven, arts te Ruinen, op.

Sikkel had reeds in 1901 een pleidooi gehouden voor een tijdschrift van de Maatschappij, dat onafhankelijk, maar niet noodzakelijk los zou staan van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.<sup>27</sup> Toen hij in het begin

26. Groen 1973 Hogerzeil 1981 b.

27. Delprat 1932 blz. 290.

van de twintiger jaren als voorzitter van de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst met tal van reorganisatieplannen kwam lanceerde hij opnieuw het idee van een eigen Maatschappij-orgaan. 't Ging hard tegen hard tussen Sikkel als voorzitter van de Maatschappij en Van Rijnberk, de hoofdredacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Sikkel's reorganisatieplannen stuitten binnen de Maatschappij op grote weerstand en werden niet ten uitvoer gebracht, en zijn opvolger als voorzitter van de Maatschappij, professor Burger, kon in 1924 al weer zeggen dat de relatie tussen het Tijdschrift en de Maatschappij opperbest was.<sup>28</sup> In die tijd richtte Sikkel de *Geneeskundige Gids* op, maar de abonné's "vinden daarin" volgens Van Valkenburg<sup>29</sup> "met alle respect voor dat weekblad van Sikkel en Klinkert, toch niet het equivalent van het oude Tijdschrift" (Klinkert was voorzitter geweest van de Maatschappij in 1922).

"De Geneeskundige Gids is gewijd aan de belangen van de praktische arts", schrijft Sikkel op de eerste bladzij van het nieuwe tijdschrift. Het blad zal de toepassing der wetenschap geven, niet de wetenschap zelf; mededeling doen van geneeskundige waarneming en behandeling aan het ziekbed. Naast zijn geneeskundig werk ziet de arts zich hoe langer hoe meer geplaagd voor vraagstukken van hygiëne, zoals tbc-bestrijding en zuigelingen-voeding. Ook daaraan zal de *Geneeskundige Gids* aandacht besteden. De redactie meent dat met dit beperkte doel haar blad een plaats zal vinden naast de overige Nederlandse tijdschriften, zonder die concurrentie aan te doen.<sup>30</sup> Een jaar later spreekt Sikkel nog eens over "ons doel": uitsluitend voor de belangen van de praktijk werkzaam te zijn. Specialisering heeft haar recht maar de geneesheer van tegenwoordig, vooral de huisarts, moet het wel toeschijnen dat hij niets meer vermag zonder Röntgenapparatuur, ECG en bloeddrukmeter, alsof de dokter zijn zintuigen wel thuis kan laten. Maar het blijft voor de huisarts van groot belang gezicht en gehoor en tastgevoel te blijven oefenen. "Dat hij (sc. de huisarts) nog altijd met het persoonlijke veel vermag tot heil van zijn zieken, willen wij telkens weer, met raad en voorlichting, aantonen."<sup>31</sup>

Ik heb de registers van dit tijdschrift nagetrokken vanaf 1923-1930. Verder heb ik gebruik gemaakt van de vierde druk van het bekende boek van de Amsterdamse hoogleraar Pel "*Over de ziekten van de maag*", in 1925 posthuum verschenen en bewerkt door B.K. Boom en P. Ruitinga.

28. Van Valkenburg 1957 blz. 94-100.

29. id. blz. 97.

30. Sikkel 1923.

31. id. 1924.

Tot slot besteed ik aandacht aan een psycho-analytisch geïoriënteerd boek over de nerveuze maag.<sup>32</sup>

### 1900: de Geneeskundige Bladen en de Medische Revu

Buiten medeweten van de redactie van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* werd in 1893 door de hoogleraren Straub en Treub een tijdschrift onder de naam *Geneeskundige Bladen* opgericht. Het doel was de voeling tussen kliniek en laboratorium enerzijds en de praktijk anderzijds te onderhouden. Dat lag in het verlengde van wat de klinische lessen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, die toen overigens nog slechts incidenteel verschenen, beoogden. Maar pogingen om de *Geneeskundige Bladen* alsnog in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* te integreren, mislukten.

Uit teleurstelling hierover trad Delprat als redacteur-gerant van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* af en hij werd opgevolgd door Straub. Maar ook toen bleven de *Geneeskundige Bladen* als zelfstandig tijdschrift bestaan.<sup>33</sup>

Ik heb de registers van dit tijdschrift nagetrokken vanaf 1893 tot 1900. Artikelen gewijd aan maagaandoeningen, verschenen in later jaren, heb ik niet in mijn beschouwingen betrokken.

De *Medische Revu*, maandelijks overzicht van binnen- en buitenlandse literatuur voor de praktiserende geneesheer, werd uitgegeven, aanvankelijk door G.C. Nijhoff, E.J. Buning en D.H. van der Goot bij de Erven Bohn te Haarlem. In de toelichting op de inhoud, die in het eerste nummer werd gegeven, schrijven de uitgevers dat niet iedereen alles kan lezen, het is teveel geworden.

Daartoe wordt in dit maandelijks tijdschrift steeds een hoofdartikel opgenomen dat in beknopte vorm een overzicht geeft van een belangrijke, meestal actuele kwestie op het gebied van genees-, heel- of verloskunde. Doelgroep van het tijdschrift is de algemene practicus, de huisarts. Naast de hoofdartikelen worden er referaten en boek aankondigingen in opgenomen. Van der Goot nam de chirurgie voor zijn rekening, Buning de inwendige geneeskunde en Nijhoff, die hoogleraar in de verloskunde was in Groningen, de verloskunde en gynaecologie. De eerste jaargang startte in 1901. In 1902 is de redactie uitgebreid met J. Broers, dermatologie, H.R.J.G. Brongersma, urologie, G. Schoute, oogheelkunde, P.J. Zaalberg, keel-, neus- en oorheelkunde en C.F.Th. van Ziegenweidt, neurologie. De laatste jaargang die ik van dit tijdschrift heb kunnen bemachtigen stamt uit 1907. Vermoedelijk is de uitgave van dit tijdschrift toen gestopt.

32. Stekel 1924\*.

33. Delprat 1932.

In de jaren rond de eeuwwisseling staan maagklachten kennelijk in het centrum van de belangstelling. De Utrechtse hoogleraar Talma (1847-1918) publiceerde al in 1889 zijn onderzoekingen over de etiologie van het *ulcus ventriculi*. Nog in 1901 wijdt zijn leerling W. van IJzeren aan dit onderwerp een dissertatie. De Leidse hoogleraar W. Nolen schreef in 1895 een uitgebreid overzicht over de nerveuze maagstoornissen in de "*Geneeskundige Bladen*". Zijn leerling G.H.J. Peter promoveerde in 1893 op een dissertatie over de behandeling van de maagneurosen met elektriciteit. De Amsterdamse hoogleraar Treub (1856-1920) schreef in 1895 eveneens in de "*Geneeskundige Bladen*" een artikel over de ziekte van Glénard, de enteroptosis. En tenslotte schreef Pel een boek "*Over de ziekten van de maag*" dat in 1899 verscheen; ik noemde dat zojuist al.

## Hoofdstuk V

In het vijfde hoofdstuk presenteer ik de resultaten van mijn onderzoek naar de opvattingen die in beroepsorganisaties leven over het oordeel van de huisarts.

De lijst van artikelen en boeken die bij het onderzoek zijn gebruikt vindt de lezer op bladzij 172.

De oprichting van een eigen wetenschappelijk genootschap door huisartsen het Nederlands Huisartsen Genootschap in 1956 beschouw ik als een duidelijk markeringspunt in deze discussies. Ik heb daarom het vijfde hoofdstuk in twee paragrafen verdeeld: de eerste bestrijkt de periode vanaf 1900 tot 1955, de tweede de periode vanaf 1956 tot heden.

In de keus aan welke literatuur ik voor de eerste periode zou refereren, heb ik mij laten leiden door Festen.<sup>34</sup> In 1962 schreef hij in een aantal artikelen in *Medisch Contact* over de ontwikkeling van de eenheid van stand der geneeskundigen. In 1963 in hetzelfde tijdschrift over de regeling van de onderlinge verhouding van huisarts-specialist. Dat hij zich daarbij beperkt tot de annalen van de Maatschappij is voor mijn doel geen bezwaar. De Maatschappij werd in de eerste helft van deze eeuw gedomineerd door huisartsen; de specialisten hebben zich daarin een plaats moeten veroveren.<sup>35</sup>

In 1956 hield Huygen, thans hoogleraar in de geneeskunde van het gezin te Nijmegen, een rede voor het ledencongres van de Maatschappij. In deze rede gebruikt hij formuleringen die vooruitlopen op die, welke gebruikt worden in het zogenaamd "*Woudschoten-rapport*", wel het Credo van de Nederlandse huisartsen genoemd. In de zeventiger jaren bleek dit rapport op een aantal punten door de ontwikkelingen in de gezondheidszorg achterhaald. De huisarts kon en wilde het niet langer

34. Festen 1962, 1963.

35. zie ook Festen 1974 blz. 237 e.v.

alleen klaren, hij zocht zich medewerkers: wijkverpleegster, maatschappelijk werker, e.a. En ook de invoering van een beroepsopleiding tot huisarts — deze moet de basisarts na het behalen van zijn arts-diploma volgen alvorens hij zich als huisarts kan vestigen — heeft een grote rol gespeeld in de ontwikkeling van het denken over de huisarts. Vanaf 1975, drie jaar nadat deze beroepsopleiding werd ingevoerd, tot 1977, verscheen een vijftal rapporten over de huisarts, over zijn opleiding en over zijn plaats en functie in de gezondheidszorg. In april 1975 verscheen een rapport van de interfacultaire werkgroep specifieke opleiding huisartsen, het zogenaamd SOH-rapport; een maand later verscheen uit het Utrechts Universitair Huisartseninstituut “*Kenmerken van de huisarts*”, waarin doelstellingen voor de beroepsopleiding worden gepresenteerd. In juli 1975 verscheen “*Hoe helpt de dokter?*”, een rapport in opdracht van het NHG geschreven door een interdisciplinaire werkgroep. Dit rapport kreeg een vervolg in een artikel dat in 1978 onder de titel “*Methodisch werken*” in *Huisarts en Wetenschap* verscheen (Holten-Vriesema 1978). Eind januari 1976 verscheen in *Medisch Contact* een rapport van de Commissie Eerste Echelon van de Maatschappij; het verscheen met de kanttekening dat de inhoud van het rapport niet op alle punten overeenkwam met het officiële Maatschappij-standpunt. In hetzelfde tijdschrift verscheen in juni 1977 “*De taken van de huisarts*”, een rapport van de Commissie Takenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Tenslotte verscheen in 1983 het zgn. “*Basis takenpakket*”. Van dit zestal bespreek ik de rapporten van het NHG en van de LHV.

## IV Resultaten van het onderzoek: geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts bij maagklachten.\*

### IV.1 GENEESKUNDIGE OORDEELSVORMING DOOR DE HUISARTS BIJ MAAGKLACHTEN, ROND 1870.

#### IV.1.1 Geneeskundige problemen.

“De verzwering van de maag heeft in de laatste jaren meer de aandacht getrokken dan enige andere aandoening, waaraan het orgaan onderhevig is. Het grote verschil in de hevigheid der verschijnselen in verschillende gevallen — de plotselinge en vaak onverwachts noodlottige afloop van sommige — het langdurig lijden in andere en de onzekerheid van onze tegenwoordige middelen van diagnose, zijn zovele redenen, die deze ziekte tot een voorwerp van bijzonder belang maken.”<sup>1</sup>

Met deze zinnen begint het vijftiende hoofdstuk “Over ulceratie van de maag” in “*De ziekten van de maag en van de dunne darm*” dat Sam. Fenwick (1821-1902) het licht deed zien, en dat in 1868 in Nederlandse vertaling verscheen. En meteen al in die eerste zinnen wordt op de diagnostische moeilijkheden gewezen die de maagzweer in de praktijk stelt. De maagzweer gaat niet altijd met duidelijke symptomen gepaard; de maagzweer vertoont soms een spontaan herstel, lezen we even verder in dit hoofdstuk. Soms echter wordt de zweer chronisch, of treden er dodelijke complicaties op. Als eerste noemt Fenwick de haemorrhagie, dat is een van de meest frequente en meest verontrustende complicaties van de ziekte, hoewel de haemorrhagie lang niet altijd dodelijk verloopt.

Als vrijwel altijd dodelijke complicatie van de maagzweer noemt Fenwick de perforatie; maar ook vermeldt hij een geval waarin herstel optrad. “Wij moeten daarom niet wanhopen en de middelen die ons ten dienste staan verzuimen om een dodelijk uiteinde af te weren.”<sup>2</sup> En dan

\*Voor verantwoording van in dit hoofdstuk gebruikte literatuur zie III.4 (blz. 61)

De bij dit hoofdstuk behorende literatuurlijst is per paragraaf gerangschikt te vinden op blz. 168. Litteratuur voorzien van \* is te vinden in de algemene literatuurlijst op blz. 162.

1. Fenwick 1868 blz. 163&164.

2. id. blz. 182.



is op de lange duur dilatatie door littekencontractie mogelijk. Aan de dilatatie van de maag wijdt Fenwick een apart hoofdstuk. Deze aandoening kan ook door andere oorzaken dan de maagzweer ontstaan. De uitzetting van de maag verloopt volgens Fenwick altijd noodlottig. "Wij willen hopen dat wij, bekwaam in onze diagnose wordende en de kwaal in een vroeger tijdperk lerende ontdekken, gelukkiger in onze behandeling zullen zijn."<sup>3</sup>

De behandeling van de chronische zweer is niet eenvoudig, en eist veel van de volharding en van de zelfverloochening van de patiënt. Naar analogie van de chirurgijn, die bij een ontstoken beenzweer erop aandringt dat de patiënt met zijn been rust houdt, en het in een horizontale positie legt, zo adviseert Fenwick bedrust, of rust op de canapé. Maar hoofdpunt van de behandeling is de regeling van het dieet, en ook geeft hij adviezen voor pijnbestrijding. Als dat allemaal onvoldoende blijkt adviseert hij een verblijf in den vreemde.

Als de ziekte van lange duur is geweest, gebeurt het zelden dat de lijder weer helemaal geneest, ook al geneest de zweer. De patiënten blijven vaak mager, en velen sterven op jonge leeftijd aan een andere bijkomende ziekte, zo lezen we bij Fenwick.

Fenwick beschrijft de maagzweer als een geneeskundig probleem: een pathologisch-anatomische afwijking met meestal een positieve, soms ook een negatieve medisch-predictieve betekenis. Maar hij mist de mogelijkheden om de zweer met enige zekerheid tijdens het leven van de patiënt vast te stellen. De betrouwbaarheid van zijn predicties kan derhalve niet erg groot zijn geweest.

Nog andere aandoeningen beschrijft Fenwick als geneeskundige problemen. Als bij lijders aan roodvonk, jicht en aandoeningen van hart en nieren in het laatste stadium van hun ziekte plotseling hevige pijnen in epigastrio optreden, spreekt hij van een acute gastritis. Hij vindt dan ook post mortem bepaalde afwijkingen aan het maagslijmvlies. Dat oudere clinici haar niet als zeldzaam beschouwden berust er vermoedelijk op dat zij de gevolgen van post mortem ontbinding, of van een eenvoudige congestie, als gastritis hebben geduid. Fenwick zelf houdt de acute gastritis voor betrekkelijk zeldzaam.

"Maagkanker heeft zulk een snel verloop en gaat zo algemeen met ontarding van het klierweefsel van het orgaan gepaard, dat wij niets meer mogen hopen door geneeskundige behandeling te verkrijgen dan een verlichting van de verschijnselen."<sup>4</sup>

Daartoe adviseert Fenwick dan een dieet als bij ulceratie en onder andere opium als pijnstillers.

3. Fenwick 1868, blz. 145.

4. id. blz. 193.



Maagklachten blijken niet alleen op aandoeningen van de maag te berusten, maar kunnen ook het gevolg zijn van aandoeningen in andere organen. Zo beschrijft Fenwick de maagklachten die voorkomen bij hartaandoeningen. Bij digestiestoornissen die het gevolg zijn van hartzwakte wordt de predictieve betekenis op grond van geneeskundige criteria bepaald: bij patiënten met maagklachten, waarbij een zwakke hartswerking wordt vastgesteld, een vergrote lever en een verminderde urineproductie moet op een noodlottige afloop gerekend worden, zo voorspelt Fenwick.

Van de vijf aandoeningen, die Fenwick als geneeskundige problemen beschrijft — maagzweer, maagdilatatie, acute gastritis, maagkanker en maagklachten ten gevolge van hartzwakte — hebben vier bijna altijd een dodelijke afloop, zo vermeldt hij. En van de predictieve betekenis van de maagzweer kan hij nauwelijks kennis hebben, gezien de grote diagnostische problemen die de herkenning van de zweer in zijn tijd stelt.

#### IV.1.2 Niet-geneeskundige problemen.

##### *Nerveuze dyspepsie.*

In het twaalfde hoofdstuk “Over het verband tussen aandoeningen van de hersenen en de spijsverteringsorganen” beschrijft Fenwick de nerveuze dyspepsie. Lijders aan deze aandoening hebben volgens Fenwick het gevoel dat de spijsverteringsbuis in een voortdurende beweging is “die in geringere klassen vaak aan wormen wordt toegeschreven.”<sup>5</sup> De patiënten zijn erg schrikachtig, klagen over trekkingen in verschillende spieren. In latere stadia “worden de verschijnselen van de hersenaandoening duidelijker” de lijder wordt wantrouwend of twistziek, wilskracht en opmerkingsgave zijn verminderd, het geheugen is verzwakt.

Welke betekenis kent Fenwick nu toe aan dit beeld?

“Zij die de hevigheid van een ziekte slechts afmeten naar de graad van de weefselontaarding, welke zij bij de lijder kunnen ontdekken, beschouwen de hooggekleurde beschrijvingen van iemand die op deze wijze aangedaan is als blote overdrijving, terwijl zij, die, zoals ik menen dat stoornissen in de verrichtingen van de zenuwcentra de grond kunnen leggen voor fysische veranderingen, de vermeerderde gevoeligheid zullen beschouwen als het mogelijke bewijs van een ernstige en belangrijke ziekte. Mijn eigen waarnemingen leiden mij tot het besluit dat de hier beschreven toestand van het zenuwstelsel somtijds de voorloper is van weefselveranderingen in de zenuwcentra of van vetontaarding van één of ander levensorgaan.”<sup>6</sup>

5. Fenwick 1868, blz. 130.

6. id. blz. 131.

Fenwick zet zich af tegen de idee dat een probleem waarvoor geen medische verklaring wordt gevonden als product van de verbeelding van de patiënt is te bestempelen; hij verkiest de hypothese dat de klachten begrepen moeten worden als stoornissen in de hersenen, maar enige evidentie voor deze stelling voert hij niet aan. De nerveuze dyspepsie moet derhalve als een niet-geneeskundig probleem beschouwd worden.

Voor de behandeling van nerveuze dyspepsie is het van het grootste belang de verloren zenuwkrachten te herstellen en daarvoor is gezonde slaap nodig. Soms helpt een beetje licht verteerbaar voedsel vlak voor het slapen gaan, of als de slapeloze 's nachts wakker wordt; soms is het nodig bedarende middelen toe te dienen, onder andere morfine of de samengestelde kamphertinctuur, die 40 gr. opium, 40 gr. benzoëzuur, 30 gr. kampher,  $\frac{1}{2}$  dr. anijsolie en 1 pint proefspiritus bevat.

In ernstiger gevallen moet alle herseninspanning ten strengste verboden worden. De lijder is er weliswaar moeilijk toe te brengen, toch is het volstrekt noodzakelijk. Fenwick beveelt reizen zeer aan. Als de nerveuze dyspepsie gepaard gaat met chronische gastritis adviseert Fenwick zijn "blue pills", die twee oncen kwikzilver bevatten, drie oncen rozenconserf en een once poeder van zoethout.<sup>7</sup> Het kwikzilver wordt dooreengewreven tot de kwikbolletjes verdwenen zijn en vervolgens wordt het zoethoutpoeder erbij gevoegd en nauwkeurig vermengd.

#### *Subacute en chronische gastritis.*

"De verschijnselen van subacute gastritis zijn, vooral wanneer deze kwaal andere en algemene ziekten vergezelt, bij het leven zo weinig geprononceerd, dat wij ons alleen op het lijk van haar bestaan kunnen overtuigen; doch daar de algemene gezondheid er altijd onder lijdt, is het van belang de omstandigheden te kennen, waaronder zij kan voorkomen. Subacute gastritis kan, gelijk alle andere stoornissen der digestie-organen, vergezeld gaan van een groot aantal verschijnselen, die verschillen naar gelang van ziekte, waarmee zij gepaard gaan of van de aandoening van andere organen, die in sympathie met de maag kunnen gederangeerd zijn."<sup>8</sup>

7. In deze recepten wordt gewerkt met het zogenaamd medicinaal gewicht dat per 1 mei 1871 in Nederland werd afgeschaft. Stokvis (1871) geeft een eenvoudige regel om medicinaal gewicht in metrieke gewicht om te rekenen: dan zou het 1e recept er als volgt uitzien: 2 gr. opium, 2 gr. benzoëzuur, 1.5 gr. kampher, 1.5 gr. anijsolie en 500 gr. proefspiritus.

Het tweede: 50 gr. kwikzilver, 75 gr. rozenconserf en 25 gr. poeder van zoethout. Uit Stokvis' recept kan echter slechts (bij benadering)  $\frac{5}{6}$  van het oorspronkelijke aantal poeders, pillen etc. gemaakt worden. Een grein is 0.065 gr., 20 grein is een scrupel, 60 grein is een drachme, 9 drachme is een once, 12 oncen is een medicinaal pond.

8. Fenwick 1868 blz. 41.

Subacute gastritis is post mortem in termen van een pathologisch-anatomische afwijking te beschrijven, maar tijdens het leven van de patiënt is de aandoening nauwelijks of niet te herkennen. Daarmee in tegenspraak is Fenwick's mededeling dat de meest gewone vorm van deze aandoening bekend staat onder de naam "bilieuze of galachtige aanval". En het is al evenmin in overeenstemming te brengen met zijn mededeling dat de ziekteverschijnselen soms uren, soms weken of maanden duren; dat ze weliswaar neigen tot spontaan herstel, maar dat er wel vaak recidief optreedt. Over gevallen met dodelijke afloop schrijft Fenwick niet. Het meest voor de hand liggend is om aan te nemen dat er een pathologisch-anatomische afwijking bestaat, een medisch probleem, dat Fenwick als "subacute gastritis" beschrijft; over de predictieve betekenis van deze aandoening schrijft hij niets.

Daarnaast bestaat er een klachtenpatroon, gekenmerkt door "galachtige aanvallen", dat Fenwick eveneens aanduidt met de term "subacute gastritis"; daarvan vermeldt hij wel hoelang de aanvallen kunnen aanhouden, dat ze soms recidiveren, maar of deze klachten als een medisch probleem begrepen kunnen worden maakt hij niet duidelijk. Noch in de ene noch in de andere betekenis van subacute gastritis is er sprake van een geneeskundig probleem.

Fenwick onderscheidt drie vormen van chronische gastritis:

1. waarbij het hoofdverschijnsel pijn in epigastrio is;
2. waarbij zure oprispingen optreden;
3. maagpijn, die door het braken van helder slijm verbetert.

De eerste vorm waarbij pijn in epigastrio het hoofdverschijnsel is, eindigt dikwijls in ulceratie; als bij sectie een maagzweer wordt ontdekt blijkt vaak bij navraag dat de patiënt tijdens zijn leven aan een vorm van subacute gastritis of aan deze vorm van chronische gastritis heeft geleden, zo lezen we.

De chronische gastritis wordt benoemd op grond van het klachtenpatroon. Want bij pathologisch-anatomisch onderzoek wordt er geen gastritis maar ulceratie vastgesteld. Bij de andere vormen van chronische gastritis lezen we vergelijkbare opmerkingen: evenmin als dat bij de "galachtige aanval" het geval was kunnen we de chronische gastritis als een geneeskundig probleem beschouwen.

#### *De zwakke spijsvertering.*

In het elfde hoofdstuk van zijn boek behandelt Fenwick de zwakke spijsvertering.

"In de eigenlijke betekenis van het woord zouden wij elke ziekte van de maag onder deze naam moeten brengen, want bij alle is het digestievermogen afgenomen. Bij inflammatie van het maagslijmvlies

is, zoals wij reeds gezien hebben, de secretie van het vlies zowel in scheikundige samenstelling veranderd als in hoeveelheid verminderd en dergelijke veranderingen hebben naar alle waarschijnlijkheid ook plaats bij ulceratie en kanker van de maag. Doch er is een uitgebreide klasse van gevallen, waarin de verschijnselen niet met de symptomen van een acute ziekte gepaard gaande, eenvoudig uit een gebrek in het digestievermogen ontstaan en het zijn deze welke ik onder de naam van zwakke digestie wenste te beschouwen.

Verreweg de meesten van hen, die geneeskundige hulp zoeken wegens maagstoornissen, worden door deze soort van dyspepsie bezocht.”<sup>9</sup>

Er komen tal van andere klachten bij voor die Fenwick duidt als manifestaties van functiestoornissen van andere organen: hoofdpijn, verwarring van denkbelden, oorsuizen, hoest, dyspnoea, pijn in de borst en hartkloppingen.

De lijder klaagt erover dat het voedsel zwaar op de maag ligt, “een gevoel, waarschijnlijk ontstaande uit de traagheid van het spijsverteringsproces en het onvolkomen contractievermogen van het spiervlies.”<sup>10</sup> Hoe hij heeft vastgesteld dat dat gevoel uit de traagheid van het spijsverteringsproces ontstaat vermeldt hij niet. Daarom kan het begrip van de klacht als functiestoornis niet als begrip in medisch-wetenschappelijke termen beschouwd worden. De zwakke spijsvertering is als een niet-geneeskundig probleem te beschouwen.

Maar ook het begrip van klachten als pathologisch-anatomische afwijking zoals Fenwick beschrijft, kan niet als zodanig gelden: hij is immers niet in staat tot falsificatie van een dergelijk begrip tijdens het leven van de patiënt: Fenwick is niet in staat om uit te maken of er sprake is van een geneeskundig probleem of niet. Dat blijkt uit de indeling die hij maakt: die is niet gebaseerd op een medische verklaring, maar berust op een classificatie naar klachtenpatroon. Hij onderscheidt de zwakke spijsvertering zonder verdere klachten; de zwakke spijsvertering met klachten van pijn, zure oprispingen en braken (dat zijn de drie vormen van chronische gastritis) de zwakke spijsvertering die gepaard gaat met galachtige aanvallen (subacute gastritis) en maagklachten in het laatste stadium van bepaalde ziekten (acute gastritis).

## SLOTSOM

Fenwick tracht maagklachten te verklaren in termen van pathologische anatomie. Hij kent echter alleen van een aantal bijna altijd dodelijk verlopende aandoeningen, die met maagklachten gepaard gaan de me-

9. Fenwick 1868, blz. 120.

10. id. blz. 121.

disch-predictieve betekenis: maagdilatatatie, acute gastritis, maagkanker en maagklachten ten gevolge van hartzwakte. Of maagklachten op een maagzweer berusten kan hij in vele gevallen niet met enige mate van betrouwbaarheid vaststellen, zo moet hijzelf toegeven; de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer schat hij tamelijk negatief in. In alle andere gevallen blijkt hij niet in staat tot begrip van die maagklachten in termen van pathologische anatomie.

Fenwick pretendeert gezondheidsproblemen als medische problemen te kunnen begrijpen. In de meeste gevallen blijkt hij daartoe echter niet in staat; maar dat beseft hij alleen als het om de maagzweer gaat. Dat moet tot paradox handelen leiden. Het onderzoek naar geneeskundige oordeelsvorming bij maagklachten rond 1870 adstrueert dat alleen dan een antwoord mogelijk is op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat probleem als een geneeskundig probleem begrepen kan worden.

## IV.2 GENEESKUNDIGE OORDEELSVORMING DOOR DE HUISARTS BIJ MAAGKLACHTEN, ROND DE EEUWWISSELING.

### GENEESKUNDIGE PROBLEMEN

#### IV.2.1 De maagzweer

De Utrechtse hoogleraar S. Talma (1847-1918) schrijft in 1889:

“Onze kennis van de geschiedenis der maagzweren bij de mens is, naar de aard der zaak, gebrekkig en zal waarschijnlijk nog lange tijd te wensen over laten. Het is toch zeker dat betrekkelijk zelden na ulceratie van de mucosa der maag en daarop volgende bloedingen de dood spoedig volgt en dus, dat het anatomisch onderzoek zeer zelden licht verschaft over de vormen der zweren, haar uitgebreidheid en andere eigenschappen. Welke wijzigingen voor en gedurende de ulceratie in de secretie en in de beweging van de maag plaats vinden, blijft ook in verreweg de meerderheid der gevallen voor ons verborgen. Wat er met de zweren zelve geschiedt is ons ook veelal een raadsel. Op onvoldoende gronden wordt vrij algemeen aangenomen dat maagzweren in het algemeen zò weinig neiging tot genezing vertonen, dat zij, vele zelfs twintig en meer jaren blijven bestaan in de toestand waarin zij waren. Ofschoon zulk een langdurig bestaan van zweren niet onmogelijk is, komt het zekerlijk, meen ik, slechts uiterst zeldzaam voor.”<sup>1</sup>

De kennis van de medisch-predictieve betekenis van maagzweren is

1. Talma 1889 blz. 713.

beperkt omdat de stand der wetenschap geen oordeel toelaat over de aanwezigheid van de zweer tijdens het leven.

De Leidse hoogleraar W. Nolen (1854-1939) beschrijft in 1895 hyperchlorhydrie als een van de maagneurosen. Het is een wat gevaarlijke diagnose, schrijft hij, omdat maag- en duodenaalzweren licht over het hoofd gezien worden.<sup>2</sup> Lijders aan gastrosuccorrhoea, dat is overvloedige maagsapproductie, — een andere maagneurose die Nolen in een adem met de hyperchlorhydrie noemt, — worden vaak 's nachts gekweld door heftige pijnen en klagen vaak over zuurbranden. Veel patiënten hebben vaak een glaasje melk op hun nachtkastje staan. Ook bicarb. sod. doet soms de klachten direct verdwijnen. Zijn hyperchlorhydrie en gastrosuccorrhoea wel primair nerveuze aandoeningen, zo vraagt Nolen zich af? “En te meer nog schijnt die twijfel gerechtvaardigd, nu wij, vooral door Riegel's en Van den Velden's onderzoekingen, weten dat de maagzweer in de meeste gevallen met belangrijke hyperchlorhydrie gepaard gaat, terwijl de anamnestiche data van vele lijders aan hyperchlorhydrie en gastrosuccorrhoea op een ulcus ventriculi als fons et origo malorum wijzen.”<sup>3</sup>

Rond de eeuwwisseling is het vaststellen van een maagzweer nog steeds niet eenvoudig; daardoor is het moeilijk om een voorspelling te doen over het verloop van de aandoening. De Amsterdamse hoogleraar P.K. Pel (1852-1919) schrijft in zijn boek “*De ziekten van de maag*,” dat in 1899 verscheen:

“De prognose eist steeds enige voorzichtigheid, want ieder ogenblik kunnen levensgevaarlijke verschijnselen ontstaan. Geen sterfelijk wezen kan voorspellen of zij zullen komen of niet. Gelukkig is de genezing regel. Ik hecht hierbij geen waarde aan getallen, daar deze zo weinig bewijzen. De zekere diagnose van ulcus ventriculi kan immers zo buitengewoon moeilijk zijn en de totale genezing is niet met zekerheid aan te geven.”<sup>4</sup>

Van IJzeren, die in 1901 bij Talma promoveerde, schat de kans op perforatie van een maagzweer op 12-37%, de kans op verbloeding op 18%, de kans op stenosevorming op 16-20% en de kans op secundair carcinoom op 5-13%.<sup>5</sup>

Als het moeilijk is om met enige mate van betrouwbaarheid uit te maken of er sprake is van een maagzweer of niet, dan spreekt het bijna vanzelf dat de therapie ondankbaar is, zoals E.J. Buning (1869-1960) in de *Medische Revu* schrijft:

2. Nolen 1895 blz. 176.

3. id. blz. 179.

4. Pel 1899 blz. 127.

5. Van IJzeren 1901.

“Blijft er toch twijfel bestaan dan is het raadzaam de patiënt vooral met het dieet zeer voorzichtig te behandelen, juist omdat door het lang bestaan van een ulcus dat eerst min of meer latent verloopt, toestanden kunnen ontstaan die voor de lijders de ergste gevolgen hebben. Ook daarbij is de diagnose zeer moeilijk en de therapie ondankbaar, zodat dikwijls eerst het mes er een helder inzicht in geeft en baat kan brengen aan de patiënt.”<sup>6</sup>

De maagzweer wordt als een geneeskundig probleem beschouwd, en hoewel men beseft dat het in een aantal gevallen moeilijk of niet is uit te maken of er sprake is van een maagzweer, heerst algemeen de opvatting dat het hebben van een maagzweer grote risico's met zich brengt.

#### IV.2.2 De behandeling van de maagzweer

Een specifiek middel tegen het ulcus bestaat niet en de arts kan er slechts voor zorgen dat alle stoornissen, die het natuurlijk genezingsproces in de weg kunnen staan, worden vermeden. Gunstige voorwaarden voor de genezing zijn een lege maag, krachtige spiercontractie, waardoor het ulcusoppervlak wordt verkleind en het bevorderen van granulatie.<sup>7</sup>

Buning citeert een zekere Pariser: Hij vindt rust een absolute voorwaarde om te kunnen behandelen. Een ambulante behandeling wijst hij beslist af en hij is van mening dat veel gevallen van recidief en vertraagde genezing aan onvoldoende rust zijn te wijten:

“Für mich folgt auch die Diagnose eines Ulcus, wie eine Art von Reflexvorgang, als erste Verordnung Bettruhe. Es ist für mich zum Princip geworden, von dem ich, je länger, je weniger abgehe, die Behandlung eines Ulcus abzulehnen, wenn der Patient auf die Verordnung der Bettruhe nicht eingehen will, und ebenso die Forsetzung der Behandlung aufzugeben, wenn der Kranke die Ruhe, meiner Meinung nach, vorzeitig unterbrechen will.”<sup>7</sup>

Pariser weet hoe een ulcus te behandelen: met rust en daarzonder gaat het niet. Wie anders wil moet niet bij hem zijn.

Pel is geen absolute voorstander van bedrust, in minder ernstige gevallen hoeft men niet zo streng te zijn<sup>8</sup>.

Hoe streng het dieet moet zijn hangt ervan af hoe de patiënt het eten verdraagt: het mag in geen geval pijn veroorzaken. In het algemene deel van zijn boek citeert Pel op dit punt de Franse clinicus Trousseau (1801-1867):

6. Buning 1902 b.

7. Buning 1902 a.

8. Pel 1899 blz. 128.



“De bekende raad van de zo ervaren Trousseau, om bij de regeling van het dieet zich in de eerste plaats op de hoogte te stellen van de eigen ervaring van de patiënt, heeft ook nu nog alle recht van bestaan. Hoe dikwijls wordt juist dat wat wij het meest zouden willen aanbevelen het slechtst verdragen, en omgekeerd.”<sup>9</sup>

Dat wil niet zeggen dat Pel pleit voor “zelfbestuur” van de patiënt; integendeel:

“In duizenden gevallen zouden maagstoornissen en daarmee veel ellende, leed en zorg kunnen voorkomen worden door een doelmatige en verstandige levenswijze ... Hoe goed is hier dikwijls de bedoeling, maar hoe zwak de wil, hoe gering de volharding, ofschoon de wijze Seneca reeds zeide: “De genezing willen is deze reeds voor de helft”.”<sup>10</sup>

De arts moet lijders aan maagzweren steeds weer manen tot matigheid en waarschuwen voor bepaalde spijzen. Maatstaf daarbij is dat de patiënt geen klachten meer heeft.

Dieetmaatregelen worden beoordeeld aan niet-geneeskundige criteria; medicamenteuze therapie, waartoe Pel ook de melk rekent, wordt ten dele wel aan geneeskundige criteria beoordeeld.

“De melk heeft behalve haar grote voedingswaarde nog andere voordelen: zij vermindert de pijn, bindt overvloedig zuur, prikkelt niet tot verhoogde secretie en werkt diuretisch; melk is daarom tevens een geneesmiddel. Ik zou zonder melk en melkspijzen geen lijders aan ulcus ventriculi weten te behandelen.”<sup>11</sup>

De medicamenteuze therapie valt uiteen in therapie, die direct op de genezing van het ulcus is gericht en de symptomatische therapie. Van de laatste noemt Buning onder andere de pijnbestrijding, “hoewel vaak te ontberen, daar de pijn bij een overigens doelmatige behandeling meestal snel vermindert of verdwijnt.”<sup>12</sup>

Bismuth wordt aanbevolen, omdat het zich zou hechten aan het ulcus, zo is gebleken uit onderzoek, en zo de granulatie van het ulcus zou bevorderen. Maar Pariser verkiest creta alba en talcum ana 30 gemengd met nog 10-15 gr. magnesium usta: het is goedkoper en bovendien kleurt het de ontlasting niet zwart, waardoor bloedingen, die geen aanleiding geven tot overgeven, beter door de patiënt herkenbaar zijn.<sup>12</sup>

“De genezing kan worden bevorderd door alkaliën, die de hyperaciditeit verminderen, door bismuthpreparaten, die als protectiva werken en door nitras argenti, dat adstringerend werkt, de secretie beperkt, de

9. Pel 1899, blz. 77.

10. id. blz. 65.

11. id. blz. 128.

12. Buning 1902 a.



pijn verzacht ... Ik begin de behandeling dikwijls met het volgende maagpoeder: R/bicarb. natr. 10 gr. magn. ustae 5 gr. carbon. bismuth 5 gr. pulv. rad. rhei. 5-7 $\frac{1}{2}$  gr. elaeosacch. foeniculi 10 gr. M.D. ad lag. S. 3 dd.  $\frac{1}{2}$ -1 c. th., een uur na het gebruik van voedsel.”<sup>13</sup>

## CHIRURGISCH INGRIJPEN

“In de laatste tijd nu chirurg en internist elkaar dikwijls ontmoeten in het grensgebied, zullen verschillende mededelingen in de chirurgische tijdschriften ook de internist belang inboezemen. Onder meer onderwerpen zal dit het geval zijn met de resultaten der operatieve behandeling van de maagzweer en haar complicaties. Tot voor kort was deze behandeling uitsluitend opgedragen aan de internist, maar reeds spoedig nadat Péan, Rydygier en Billroth 1879, 1880 en 1881 de eerste pylorotomieën hadden verricht voor carcinoma ventriculi, stelde Rydygier de eerste door hem met maagresectie behandelde lijder aan ulcusstenose voor (1882).”

Zo begint D.H. van der Goot (1870-1955) in 1901 een artikel in de *Medische Revu* over “De operatieve behandeling van maagzweer en hare complicaties.” Hij acht operatief ingrijpen bij maagperforatie en stenose van de pylorus of zandlopermaag “imperatief,” omdat dan de chirurgische ingreep de enige methode is om het leven van de patiënt te redden. Bij een maagzweer, waar ondanks goed toegepaste inwendige kuren terugkerende bloedingen en andere maagbezwaren de algemene toestand bedreigen, acht hij chirurgisch optreden aan te bevelen. Daar staat dan de hoge operatiemortaliteit tegenover, die in sommige statistieken rond de 30% bedraagt! Vijf jaar later meldt Van der Goot een operatiemortaliteit van 8-10%, terwijl bij de overlevenden in 86% der gevallen een gunstig resultaat werd bereikt<sup>14</sup>.

“Ondanks deze onmiskenbare verbetering zal steeds de operatie een betrekkelijk gevaarlijke ingreep blijven wegens de grote kans op pneumonie en het gevaar voor peritonitis en alleen daarom mag men bij maagzweren die niet genezen kunnen worden door een interne behandeling, de operatie aanraden, omdat het bezit van een niet-genezen ulcus voortdurend een nog groter gevaar is. Perforatie, verbloeding, stenose, carcinoom zijn steeds dreigend, terwijl de grote dispositie voor tuberculose (volgens Miculicz is deze complicatie in 20% der gevallen van ulcus aanwezig) zonder twijfel de uitdrukking is van het geringe weerstandsvermogen dat deze patiënten tengevolge van hun uitputting bezitten.”<sup>15</sup>

13. Pel 1899 blz. 130.

14. Van der Goot 1906.

15. Van der Goot 1901.

Talma komt op identieke gronden tot dezelfde conclusie:

“Als mensen, vooral als er een erfelijke aanleg bestaat, lang een gevoelige maag gehad hebben en gedurende ruime tijd kramp van de pylorus, of van de gehele maag met retentie van de maaginhoud en grote aciditeit van het maagsap waar te nemen zijn, is het zo waarschijnlijk dat zich kanker zal ontwikkelen, dat ik de gastro-enterostomie niet alleen geoorloofd, maar geïndiceerd acht.”<sup>16</sup>

Dat men rond de eeuwwisseling patiënten met een maagzweer een operatie durfde aan te raden hangt samen met de sterk negatieve waarde die men aan de medisch-predictieve waarde van de maagzweer hechtte.

Ook het maagcarcinoom wordt in deze tijd als een geneeskundig probleem begrepen. Voor de bespreking ervan zie blz. 83.

## NIET-GENEESKUNDIGE PROBLEMEN.

### IV.2.3 Functionele maagaandoeningen

Pel schrijft in zijn boek over de ziekten van de maag onder het kopje “aetiologie van maagneurosen”:

“De beschaving van onze eeuw heeft tot gevolg dat bovenal van het zenuwstelsel zeer veel wordt gevergd. De geestelijke overlading, de steeds talrijker en moeilijker examens, de “struggle for life,” de haast en spoed, de opwinding, de jacht naar genot, gemak en weelde, de excessen van velerlei aard, de eisen van de omgang vooral in de grote steden, het gemis aan eenvoud, rust en regel, dat alles leidt tot overspanning. Slechts weinigen verdragen dit op den duur ongestoord. Zo is in onze nerveuze tijd een leger van stoornissen in het zenuwleven ontstaan, waarvan men vroeger niet afwist. Door de erfelijkheid wordt deze nervositeit voortgeplant, dikwijls versterkt en natuurlijk steeds frequenter. Ook de kunstmatige beperking van het aantal kinderen in sommige kringen leidt menigmaal tot het kweken van personen die verwekelijkt en verwend door hun opvoeding, niet tegen de eisen van het moderne leven zijn opgewassen. Zo komt het, dat ook de functionele aandoeningen van de maag steeds menigvuldiger worden. Zij vormen één der moeilijkste, maar praktisch gewichtigste hoofdstukken uit de pathologie van de maag. Mijns inziens komen de neurosen van de maag, die men beter in de praktijk dan in de kliniek leert kennen, meer voor dan enige andere maagziekte.”<sup>17</sup>

Pel schrijft: “Het wezen der nerveuze afwijkingen is ons onbekend.

16. Talma 1895.

17. Pel 1899 blz. 182&183.

Welke processen daarbij plaats hebben weten wij niet.”<sup>18</sup> De verklaring van de nerveuze maagaandoeningen, zoekt hij in de richting van neurologische stoornissen:

“Dit komt doordat bij dit aan zenuwen zo rijke orgaan de subjectieve gewaarwordingen van de zieke dikwijls overwegende invloed op het ziektebeeld hebben, terwijl de objectief aantoonbare tekenen gering of zelfs geheel afwezig kunnen zijn. Dikwijls steunt daarom de diagnose meer op persoonlijke ervaring en inzicht dan op positieve gegevens.”<sup>19</sup>

Nerveuze maagstoornissen zijn niet in medisch-wetenschappelijke termen te begrijpen, althans nu nog niet. “De voorspelling is niet gewaagd, dat door fijnere en scherpere methoden van onderzoek de groep der neurosen in de toekomst kleiner zal worden.”<sup>20</sup> Bovendien kan een organische aandoening zich aanvankelijk achter het beeld van een functionele stoornis verschuilen; men zij dus voorzichtig met het stellen van de diagnose “neurose,” zo waarschuwt Pel.

Nolen beschouwt de nerveuze maagziekten in het licht van de door de maagsonde verworven kennis van het chemisme en van het dynamisme van de maag. Hij schetst hoe al in de 17e eeuw de spirituele dyspepsie van de materiele dyspepsie werd onderscheiden. Nog rond 1800 werden nerveuze stoornissen als oorzaak van nerveuze dyspepsie aangemerkt. Daarna heeft echter de pathologische anatomie zich van de kliniek meester gemaakt, en werden alle onbegrepen maagklachten afgedaan als “maagcatarrh.” Daar is de laatste jaren verandering in gekomen: dankzij het onderzoek met de maagsonde is de belangstelling van de medische wetenschap voor functionele maagstoornissen sterk toegenomen. De medische theorie omvat niet langer uitsluitend de leer van de vorm van het menselijk lijf, en de veranderingen en afwijkingen die zich daarin kunnen voordoen, nu maakt ook de functie van het lijf en haar organen daar deel van uit: “de biologie verdringt de pathologische anatomie,” zo schrijft Nolen.<sup>21</sup>

“Het beste zou zijn de nerveuze maagaandoeningen naar etiologie in te delen, en te onderscheiden maagneurosen bij hysterie, bij neurasthenie en bij hypochondrie. Maar omdat met name hysterie en neurasthenie niet goed van elkaar te onderscheiden zijn en in de literatuur ook niet gescheiden worden,” deelt Nolen liever in naar hoofdsymptomen.

Hij komt tot een achttal: nerveuze anorexie, nerveuze eructatie, nerveuze

18. Pel 1899, blz. 186.

19. id. blz. 62.

20. id. blz. 184.

21. Nolen 1895 blz. 162 e.v.

vomitus, nerveuze hyperaesthesie, nerveuze cardialgie, nerveuze dyspepsie (Leube), hyperchlorhydrie (superaciditeit) en gastrosuccorrhoea (hypersecretie). Merycismus (herkauwen), acorie (onverzadigbaarheid) en bulimie (geeuwhonger) rekent hij ook tot de nerveuze stoornissen, maar die leveren volgens Nolen geen mogelijkheid voor de diagnose.<sup>22</sup>

In de differentieel diagnostische overwegingen van de maagneurosen worden onder andere uraemie, retentio urinae, tuberculose, meningitis, tabes dorsalis, graviditeit, gastritis en enteroptose genoemd; Pel vermeldt in een van de rijtjes zelfs het onaneren als mogelijke oorzaak van maagklachten. Als het niet lukt een van deze oorzaken voor de maagklachten te vinden, en er is geen sprake van een maagzweer of van maagkanker dan wordt per exclusionem besloten dat er sprake is van functionele klachten; maar dat betekent dan niet meer dan “onbegrepen klachten.” Dat Nolen soms hysterische stigmata vindt: globus hystericus, farynxanaesthesie drukpijn op bepaalde processus spinosi, en ovarie, — dat is drukpijn op het ovarium, — doet daar niet toe of af; nerveuze maagklachten kunnen immers niet naar etiologie gerangschikt worden.

Bij het onderzoek met de maagsonde worden evenmin afwijkingen gevonden. Nolen acht dan ook het gebruik van de sonde in de dagelijkse praktijk zelden geïndiceerd, zo niet overbodig en schadelijk<sup>23</sup>.

Pel is dezelfde mening toegedaan: “Ik zou niet weten in welke gevallen men op die wijze bestaande twijfel omtrent de diagnose voorgoed zou kunnen opheffen.”<sup>24</sup> De sonde moge dan de belangstelling voor de functionele aandoeningen hebben doen herleven, de sonde heeft niet tot een zodanig inzicht in het dynamisme en chemisme van de maag geleid dat op grond daarvan een voorspelling over bepaalde maagklachten in termen van geneeskundige criteria mogelijk wordt. Zowel Pel als Nolen wijzen meermalen op het onberekenbare van deze aandoeningen en op het onvoorspelbare, capricieuze verloop.

Zogenaamde “functionele” maagaandoeningen zijn niet als functie-stoornis van de maag te begrijpen en moeten derhalve als een niet-geneeskundig probleem beschouwd worden.

#### IV.2.4 Gastritis, hernia epigastrica en gastropose

“Sommige onderzoekers willen reeds nu een deel der neurosen, die met

22. Nolen 1895, blz. 169 e.v.

23. id. blz. 198. In 1892 was in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een heftig debat gevoerd over de vraag of het sondeonderzoek een plaats moest hebben in de dagelijkse praktijk of niet door Klinkert (1892 a&b) en Zeehuizen (1892 a&b). Klinkert vond van wel; Zeehuizen was de tegengestelde mening toegedaan.

24. Pel 1899 blz. 50.

hypersecretie gepaard gaan, rekenen tot de ontstekingsachtige aandoeningen van de maag (gastritis)”<sup>25</sup> schrijft Pel.

Pel is die mening kennelijk niet toegedaan; elders merkt hij op:

“Het ziektebeeld der chronische gastritis is bont en wisselend, in genen dele scherp omschreven; de diagnose stuit in de praktijk dikwijls op grote moeilijkheden.”<sup>26</sup>

Kanker en sommige maagneurosen kunnen lange tijd analoge verschijnselen veroorzaken; de geneesheer dient het bestaan van een secundair maaglijden uit te sluiten. Dat Pel bij een dergelijk slecht omschreven ziektebeeld geen beschouwing wijdt aan de prognose, zoals hij bij bijna alle andere ziekten die hij beschrijft wel doet, is daarom niet verwonderlijk. Gastritis is zeker geen geneeskundig probleem.

Ook andere pogingen om maagklachten in termen van anatomische afwijkingen te begrijpen, lopen op niets uit (behalve dan in geval van maagzweer en maagkanker; op de laatste kom ik in de volgende paragraaf nog terug).

Buning schrijft dat als klachten op een hernia epigastrica berusten, men na operatie alle subjectieve bezwaren onmiddellijk ziet verdwijnen. Pel is daar minder zeker over.

“Men vergete niet dat hernia epigastrica en andere herniae soms de verschijnselen van ulcus ventriculi kunnen veroorzaken; evenmin het ervaringsfeit, dat de operatieve behandeling van deze breuken nog geen zekerheid geeft voor het verdwijnen der maagklachten. Vaak is de hernia epigastrica volkomen onschuldig.”<sup>27</sup>

Enteroptose, naar een badarts van Vichy “de ziekte van Glénard” genaamd, is het naar beneden verzakt zijn van de ingewanden en niet, zoals bij een hangbuik, naar voren. Als we de patiënt bekijken zien we dat hij geen buik heeft; hij maakt de indruk van een “gekrookt riet.”

In 1895 beschrijft H. Treub (1856-1920), hoogleraar te Amsterdam in de *Geneeskundige Bladen* deze aandoening. De gastropose diagnosticeert hij door percussie van de maag na vulling met koolzuurgas.<sup>28</sup> Maar pathognomisch acht hij de proef van Glénard, de épreuve et contre-épreuve de la sangle: de medicus gaat achter de patiënt staan en tilt de buik van de patiënt op; de patiënt verklaart dan dat dat zeer aangenaam is. Als de medicus zijn handen loslaat wordt pijn aangegeven. “Buiksteun, dieet en laxantia, ziedaar dus de therapeutische driehoek, waarop

25. Pel 1899, blz. 184.

26. id. blz. 99.

27. Buning 1902; Pel 1899 blz. 217.

28. Nolen 1895 blz. 198 doet dat door de patiënt 5 gram bicarb. sod. en 4 gram acid. tartar. toe te dienen.

het bij de enteroptose behandeling aankomt.”<sup>29</sup>

Als buiksteun gebruikt Treub het apparaat zoals door Glénard beschreven: een buiksingel noemt Treub het, “...ook al heeft onlangs een weinig snuggere patiënt aan de tramconductor gevraagd waar de Buiksingel was, op welke de door professor Treub aangewezen bandagist woonde.”<sup>30</sup> In de tweede plaats komt de regeling van het dieet, waarvoor Glénard een zeer gedetailleerd schema heeft ontworpen. En dan zijn er de laxantia. Dat past eigenlijk niet in de tegenwoordige opvattingen” betoogt Treub.

“Laat men evenwel bedenken dat, al heeft de officiële medische wereld het regelmatig gebruik van laxantia afgekeurd, de medische beunhazen er niet afkerig van zijn en ... er soms succes mee hebben.” Ook adviseert hij de gewenning van de patiënt aan defaecatie op een vast tijdstip. Als dat niet voldoende helpt is massage, elektrotherapie of hydrotherapie te overwegen om de darmfunctie te verbeteren. In alle gevallen is de psychische invloed van de therapie minstens even groot als de zuiver fysische werking<sup>31</sup>.

Glénard beweert dat enteroptose neurasthenie kan veroorzaken. Maar Pel is van mening dat de patiënten juist klagen omdat ze neurasthenisch, dat is overgevoelig zijn. Bij niet-nerveuze personen veroorzaakt de ptosis in het geheel geen of slechts geringe klachten, zo beweert hij. Ptosis is niet als een geneeskundig probleem te begrijpen.

#### IV.2.5 De behandeling van de nerveuze maagklachten.

Voor de behandeling van de nerveuze maagstoornissen verwijst Nolen naar de dissertatie die in 1893 van de hand van zijn leerling G.H.J. Peter verscheen. Deze geeft een uitvoerige beschrijving van de techniek van de elektro-therapie, en bij welke van de neurosen wel, en bij welke geen resultaat is te verwachten. Zo wijdt hij interessante beschouwingen aan de etiologie van de “morbus marinus,” de zeeziekte, die hij ook tot de maagneurosen rekent, en hij adviseert daarvoor als behandeling de faradisatie<sup>32</sup>. Welke soort electriciteit men toepast, statische electriciteit (franklinisatie), wisselstroom (faradisatie) of gelijkstroom (galvanisatie) lijkt niet veel uit te maken; met franklinisatie bestaat weinig ervaring. Intrastomachale electriciteit via sondering van de maag is voor de patiënt onaangenaam, en voor de medicus bewerkelijk. Peter ziet er liever vanaf.

Peter acht elektrotherapie zeer bruikbaar om organisch lijden uit te sluiten:

29. Treub 1895 blz. 304.

30. id. blz. 298.

31. id. blz. 302.

32. Peter. 1893 blz. 86-97.

“Indien voortdurend de gastralgische symptomen onder faradische of galvanische behandeling verdwijnen, wordt de waarschijnlijkheid, dat in casu een *ulcus ventriculi* is uit te sluiten steeds groter en kan alzo de therapie, die aanvankelijk tegen het *ulcus* was gericht, des te spoediger worden gestaakt.”<sup>33</sup>

Maar ook bij nerveuze maagaandoeningen is elektrische therapie lang niet altijd effectief<sup>34</sup>. En dat het soms wel werkt is dan een wonder bij deze bij uitstek capricieus en onvoorspelbaar verlopende aandoeningen, zoals Pel en Nolen de nerveuze maagaandoeningen karakteriseren? Het gaat om aandoeningen die de medicus niet begrijpt, waarvan de medisch-predictieve betekenis onbekend is. Alles zal dus wel helpen op zijn tijd; of niet helpen, wie zal het uitmaken? En dat is precies de slotsom waartoe ook Pel komt:

“Men vergete nooit dat alleen de natuur geneest, niet de artsenij; deze kan slechts de voorwaarden voor de genezing gunstiger maken. De arts zij daarom slechts minister, geen magister naturae. De waarde van een geneesmiddel is moeilijk te schatten, de meningen lopen daarover dan ook zeer uiteen; de persoonlijke ervaring geeft daarbij de doorslag. Nu eens is het de artsenij, die werkt, dan weer de suggestieve invloed van hem die ze voorschreef. Het medicament werkt in de regel het beste, als de patiënt niet weet wat hij gebruikt. Tegen deze gulden regel wordt in de praktijk dikwijls gezondigd.”<sup>35</sup>

Dat is “geneeskundige behandeling” suggereren, en niet kunnen beoordelen of dat bijdraagt aan de oplossing van problemen; op goed geluk iets beproeven, en als de patiënt zegt dat het geholpen heeft, het succes aan de ervaring van de arts toeschrijven. Dat dat alleen maar mogelijk is als de patiënt niet weet wat hij gebruikt, spreekt voor zich.

Ook bij het carcinoom — de belangrijkste en tevens de treurigste van alle maagziekten<sup>36</sup> — beschouwt Pel psychische behandeling als hoofdzak. We kunnen leren van de psychisch-suggestieve therapie van sommige homeopathen en kwakzalvers.

“Ik heb zieken gezien met de duidelijkste symptomen van carcinoom en uitzetting van de maag, die door een dergelijke suggestieve behandeling dagenlang hun lijden niet meer voelden. Zulke gevallen moet men zelf gezien hebben om dit te geloven. Een verstandig medicus streve ernaar de zieke zo weinig mogelijk te doen gevoelen dat hij lijdt en allengs uitgeput raakt; men zorg vooral dat de stemming opgewekt

33. Peter 1893, blz. 120.

34. id. blz. 3.

35. Pel 1899 blz. 66.

36. id. blz. 133.



blijft; vandaag tracht men dit te bereiken door een medicament, morgen door een verandering van het menu, overmorgen door een gemoedelijk woord, maar steeds door deelnemende zorg en belangstelling voor alles wat de zieke aan gaat. Juist bij de chronische incurabele ziekten herkent men de ware, humane geneesheer.”<sup>37</sup>

Als Pel niet in staat is tot een geneeskundig oordeel, zoals in het geval van nerveuze maagklachten, of als dat oordeel negatief uitvalt, zoals in het geval van maagcarcinoom, acht hij de suggestie dat een “geneeskundige behandeling” is ingesteld de beste wijze om patiënten te behandelen. Hij verheft het paradoxe handelen tot methode.

## SLOTSOM

Rond de eeuwwisseling worden maagzweer en maagcarcinoom in pathologisch-anatomische termen begrepen. Het herkennen van maagklachten als symptoom van een maagzweer is niet eenvoudig: de diagnostische problemen zijn groot. Omdat de waarde van de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer nogal negatief wordt ingeschat oordeelt men dat operatief ingrijpen ondanks de vrij grote risico's in een aantal gevallen dwingend geïndiceerd is. Het maagcarcinoom wordt als een oplosbaar geneeskundig probleem beschouwd.

Andere pogingen om klachten in pathologisch-anatomische termen te begrijpen (gastritis, hernia epigastrica, gastropse) moeten als mislukt beschouwd worden: de waarde van de medisch-predictieve betekenis van deze aandoeningen wordt niet vermeld, en over het antwoord op de vraag of handelen bijdraagt aan de oplossing van deze problemen heersen tegenstrijdige opvattingen.

In deze periode worden ook pogingen ondernomen om maagklachten als functiestoornis te begrijpen. Men doet dit door middel van onderzoek met de maagsonde, maar het leidt niet tot een zodanig begrip dat het mogelijk is op grond daarvan medisch-predictieve betekenis aan maagklachten toe te kennen. Met name door Pel wordt dit ook als zodanig herkend: hij verheft het paradoxe handelen tot methode van behandeling van deze zogenaamde functionele aandoeningen.

Het onderzoek naar geneeskundige oordeelsvorming bij maagklachten rond de eeuwwisseling adstrueert dat alleen dan een antwoord mogelijk is op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat probleem als geneeskundig probleem begrepen kan worden.

37. Pel 1899, blz. 155.



## IV.3 GENEESKUNIDIGE OORDEELSVORMING DOOR DE HUIS-ARTS BIJ MAAGKLACHTEN, ROND 1930

### GENEESKUNDIGE PROBLEMEN

#### IV.3.1 De maagzweer

De diagnostiek van de maagzweer blijft ook in de dertiger jaren van deze eeuw problemen opleveren. In 1933 worden in de Amsterdamse ziekenhuizen 295 patiënten opgenomen onder de diagnose “ulcus”; daarvan bleken er 116 aan een andere ziekte te lijden. Bij 194 patiënten die onder een andere diagnose werden opgenomen, werd tijdens de opname de diagnose “ulcus” alsnog gesteld.<sup>1</sup>

De waarde van de ulcussymptomen waar de medicus practicus mee moet trachten uit te komen in zijn dagelijkse praktijk, is betrekkelijk: een negatieve benzidinerreactie zegt niets over de activiteit van het ulcus, een röntgenfoto is niet meer dan een momentopname. Met name in twijfelachtige gevallen laat het röntgenonderzoek ons in de steek, schrijft J. de Groot (1855-1939) in de *Geneeskundige Gids*.“ Vandaar dat de ervaren maagspecialist spaarzaam is met het röntgenonderzoek, dat voor de patiënt grote en (vaak) onnodige kosten met zich brengt.”<sup>2</sup> De ernst van de klachten en de röntgenologisch aantoonbare afwijkingen vertoont soms een volstrekte discrepantie.<sup>3</sup>

De pathogenese van het ulcus beschouwt men als een complex. “Want niettegenstaande alle arbeid, die eraan ten koste is gelegd, zijn ontstaan en wezen van het ulcus ventriculi nog even onopgeloste vraagstukken als vijftig jaar geleden,” schrijft de Utrechtse hoogleraar A.A. Hijmans van den Bergh (1869-1945) in een klinische les, die in 1930 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* verscheen. Er worden tal van oorzaken verondersteld: in de “Wenken,” de minireferaatjes, die regelmatig in de *Geneeskundige Gids* verschijnen, wordt gewezen op verbranding als oorzaak van maagzweer en op de relatie tussen het voorkomen van maagzweren en de ziekte van Addison. Er wordt een onderzoek beschreven waarin bij konijnen “focal infections” werden opgewekt met uit tandwortelabcesjes van maagzweepatiënten gekweekte bacteriën: meer dan de helft van deze konijnen kreeg een maagzweer. En er wordt op gewezen dat de syfilitische maagzweer uiterst zeldzaam is.<sup>4</sup> De Haagse internist J. Koopman<sup>5</sup> is van mening dat syfilis van de maag toch niet zo

1. Heering 1938 blz. 13.

2. De Groot 1928 a.

3. Heering 1938 blz. 42.

4. zie achtereenvolgens Wenken 1925, 598, 646, 688; en Referaat 1925.

5. Koopman 1925 b.

zeldzaam is dat niet ieder goed oplettend arts het niet eens zou tegenkomen. Maar zo betoogt hij, het wordt zelden herkend. Er is een theorie die het ulcus beschouwt als tweede ziekte: het ulcus zou ontstaan op basis van een pre-existente aandoening, bijvoorbeeld een appendicitis. Anderen beweren dat het ulcus slechts kan ontstaan op basis van een gastritis.<sup>6</sup>

De Leidse hoogleraar W.A. Kuenen (1873-1953) is van mening dat de maagzweer berust op een zogenaamde "diathese, op een aanleg die bij de patiënt òf voor het gehele leven, òf voor lange tijd blijft bestaan, en onder bijzondere uit- of inwendige omstandigheden tot uiting komt."<sup>7</sup> De zweer is niet een ziekte op zichzelf. "Het is slechts een (dikwijls zeer onaangenaam en soms gevaarlijk) verschijnsel, dat kan ontstaan bij mensen die daarvoor aanleg hebben, tengevolge van een, soms erfelijke, ziekelijke toestand van hun autonome of vegetatieve zenuwstelsel."<sup>8</sup>

"Wij zullen gevallen tegenkomen, waarin wij plotseling het vegetatief gestigmatiseerde type van Von Bergmann zullen herkennen, het type grofweg gekarakteriseerd door de volgende symptomen: fijne tremor, oogknippen, Glanzauge, transpireren, steeds veranderende polsfrequentie, dermatografismus, neiging tot aandoeningen als asthma en colica mucosa. En dan zullen wij weten: hier is het aanwezige ulcus zeer waarschijnlijk een uiting van het algemeen gestoorde organisme. En daarnaast zien we iemand met een rustiger constitutie, zonder die bovenbeschreven bijzonderheden, die plotseling op een genomen röntgenfoto een diepe ulcusnis blijkt te hebben en deze nis zal goed op onze therapie aanspreken, de patiënt zal snel en volledig herstellen en hij zal misschien in zijn hele leven zijn maag niet meer voelen.

. . .

De twee hier geschetste prototypen van ulcuslijden zien wij in de praktijk slechts zeer zelden. De meeste gevallen zullen liggen in het gebied tussen beide uitersten in en dan zal het ons maar niet zo gegeven zijn de "Tiefenperson" onder zijn omhullingen te herkennen."<sup>9</sup>

Soms krijgt iemand éénmaal in zijn leven een maagzweer en nooit meer, soms neigt de maagzweer tot recidief. In het laatste geval wordt de maagzweer opgevat als een symptoom van een "diathese." "Het is inderdaad een vooruitgang in ons kennen dat wij deze twee mogelijkheden leerden onderscheiden."<sup>10</sup>

Hijmans van den Bergh beschouwt de maagzweer in zijn klinische les

6. Vooreen overzicht van al deze theorieën zie Heering 1938 blz. 4-12.

7. Kuenen in Prins 1930 b.

8. De Groot 1928 a.

9. Heering 1938 blz. 4.

10. id. blz. 4.

als een aandoening die meestal het karakter heeft van een "selflimiting disease": "De overgrote meerderheid der patiënten geneest van hun maagzweer, in tegenstelling tot hetgeen nog betrekkelijk weinig jaren geleden gedacht werd, zonder operatieve hulp, welke dan ook."<sup>11</sup> Acht jaar tevoren had J. Schrijver (1871-1951), destijds privatdocent in de maag- en ingewandsziekten en de diätetiek aan de Universiteit van Amsterdam, in een artikel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, betoogd dat de zweer van de maag zowel als die van het duodenum een veel chronischer beloop heeft als tevoren werd aangenomen. Zweren komen ook veel vaker voor dan men aanvankelijk had vermoed, want bloeding moet niet als een bijna altijd voorkomend symptoom worden beschouwd, het behoort tot de zeldzame verschijnselen van de maagzweer; het is een complicatie die voorkomen moet worden en voorkomen kan worden. Schrijver is dan ook van mening dat de maagzweer geen grote neiging tot spontaan herstel vertoont. "Wijzen dan niet de littekens die men bij de autopsie zo dikwijls in de maag vindt, op een gemakkelijke geneesbaarheid? Terecht merkt Milton op dat men ook in de longen bij autopsie littekens van genezen tuberculeuze processen vindt: Is daarom tuberculose niet een uiterst chronisch verlopende ziekte, welker bestrijding veel moeite en zorg baart?"<sup>12</sup>

Maar de bewerkers van de posthuum verschenen vierde druk van Pel's "*Ziekten van de maag*," de Amsterdamse hoogleraar P. Ruitinga (1867-1949) en zijn assistent B.K. Boom (1871-1971) wijzen in 1925 erop dat de prognose van het ulcus duodeni gunstiger wordt gesteld dan enige jaren tevoren<sup>13</sup>.

Evenals rond de eeuwwisseling wordt de maagzweer als een geneeskundig probleem beschouwd. De maagzweer is een slijmvlieslaesie, die meestal een neiging tot spontaan herstel vertoont. Men ziet nu de waarde van de medisch-predictieve betekenis als veel minder negatief dan rond de eeuwwisseling. Bij sommige mensen blijkt de zweer te recidiveren. De verklaring van het recidiverende karakter van de maagzweer zoekt men in afwijkingen in het vegetatieve zenuwstelsel.

#### IV.3.2 De behandeling van de maagzweer.

In 1930 schrijft G.A. Prins, controlerend geneesheer bij de Nederlandse Spoorwegen, de Post en de Telegrafie te Utrecht, in de *Geneeskundige Gids* een artikel onder de titel "De kortste, de beste en meest doeltreffendste inwendige behandeling van de niet-gecompliceerde maagzweer,

11. Hijmans van den Bergh 1930.

12. Schrijver 1922.

13. Pel 1925 blz. 184.

respectievelijk dundarmzweer.” Hij verbaast zich dat over de therapie van de maagzweer geen eenheid van gedachten bestaat.

“Over de hoofdzaken is men het wel eens, wat het beoogde doel betreft, namelijk men wil de patiënt bevrijden van zijn lasten en zijn klachten, het defect in het maagslijmvlies en in de onderlaag hiervan wil men gesloten en genezen hebben, wat meestal in een stralend litteken geschiedt. Rust van het lichaam, rust van het zieke lichaamsdeel, rust ook van de dagelijkse functie, is daarvoor nodig.

Doch voor de uitvoering, over de techniek als men wil, om dat doel te bereiken, heersen nog zoveel verschillende meningen dat het mijns inziens de moeite waard is, die verschillen eens te analyseren en te trachten prendre notre mieux, où nous le trouverons.”<sup>14</sup>

Dit doel tracht Prins op een aantal manieren te bereiken. Hij raadgeeft zijn leerboeken, en hij citeert artikelen van een aantal schrijvers die hij kennelijk als gezaghebbend beschouwt: Pel, Schrijver en Hijmans van den Bergh. In een tweede artikel beschrijft Prins de resultaten van een enquête die hij onder een aantal vooraanstaande klinici in Nederland heeft gehouden.<sup>15</sup>

“Kunt u in het kort beschrijven wat uw meest gebruikte methode is om maagzweren te behandelen?” vroeg hij hen, om uit te maken wat de beste, de kortste en de meest doeltreffende inwendige behandeling zou zijn van de niet-gecompliceerde maagzweer, respectievelijk dundarmzweer. Antwoord op die vraag kreeg hij van de Utrechtse internisten Zeehuizen, oud-dirigerend off. v. Gez. der 1e klasse, Wagener en Van Lier; van de hoogleraren Snapper te Amsterdam en Kuenen te Leiden; van de internisten Koopman en Haak te Den Haag en tenslotte van de Rotterdamse maag-darm-arts Schalij. Of er ook non-respondenten waren vermeldt Prins niet, maar de brieven van Kuenen en Schalij, die van mening waren dat de vraag zich in deze vorm niet voor beantwoording leende, drukt hij wel af.

Prof. I. Snapper (1889-1973) antwoordt: ulcera ontstaan alleen ter plekke van vrij zuur, en daaruit leidt hij de therapie af: een niet-prikkelend, zuurbindend dieet, zuurbindende medicamenten (bismuth, magnesia usta, bicarb. natr., eventueel ook extr. bellad.) en hij legt een streng alcohol- en nicotineverbod op. Soms komt hij met deze maatregelen niet uit en is een rustkuur van zes weken onvermijdelijk.

Hijmans van den Bergh adviseert: “bij een ulcus van betekenis (de lichte, ambulante te behandelen gevallen blijven hier buiten beschouwing)” bedrust en melkdieet. “Indien de pijnen van een patiënt bij

14. Prins 1930 a.

15. Prins 1930 b.

volstrekte bedrust en gefractioneerd melkdiet, niet binnen één of twee dagen verdwijnen, bestaat er bijna zonder uitzondering of een complicatie (zweer met stenose, zweer zet zich voort in lever of pancreas) of de diagnose is onjuist, er bestaat geen maagzweer maar een galblaasziekte, een appendicitis, een tuberculeuze peritonitis.” Blijkt het dieet niet effectief, dan moet het oordeel herzien worden. Dat er ook dan sprake zou kunnen zijn van niet-geneeskundige problemen, onderkent Hijmans van den Bergh niet. Hij maakt onderscheid, niet tussen geneeskundige en niet-geneeskundige problemen maar tussen ernstige en niet-ernstige klachten.<sup>16</sup>

Schrijver adviseert een melkdiet, waaraan de patiënt zich stipt moet houden om een bloeding te voorkomen, en zo nodig te bestrijden. “Waarom zouden wij bij de dietetische behandeling van de zweer toegevender moeten zijn dan wij bijvoorbeeld bij die van dreigende eclampsie moeten wezen?”<sup>17</sup>

Kuenen is van mening dat de maagzweer op een diathese berust.

Hij schrijft: “Volgens allen, die de behandeling van de maagzweer uit eigen ervaring kennen, doet de aard der kuur zelf er veel minder toe dan de nabehandeling, die eventueel jaren moet duren. ... De beantwoording van de vraag hoe men ulcuslijders dus voor de arbeid geschikt maakt en houdt, moet opgelost worden in de richting: welke is het meestgeschikte dieet voor ulcuslijders uit de arbeidersstand, zodat zij en hun arbeid kunnen uitvoeren, en het gevaar van een recidief van hun lijden zoveel mogelijk onderdrukken.”

Maar op welke wijze die vraag beantwoord moet worden, daarover laat Kuenen zich niet uit.<sup>18</sup>

Over zo'n dieet weet H. Zeehuizen (1859-1938) van advies te dienen:

“Bij terugkerende maagklachten terstond vegetarisch regiem (gebakken of vette vis zijn mede uitgesloten) instellen. Levenslang vermijden van koude of koolzuurhoudende dranken, van mineraalwateren, van frambozenlimonades en hoe die producten ook genoemd worden, van rauwe groenten, van koude vruchten (kersen, abrikozen, bananen maken wellicht een uitzondering, aardbeien echter niet), van gezouten vlees- of visproducten. Alcohol verbied ik in de regel ook (later een glas verdunde wijn?).”<sup>18</sup>

Op grond van zijn enquête komt Prins tot de volgende stelling:

16. Hijmans van den Bergh 1930.

17. Schrijver 1922.

18. Prins 1930 b.

“Men dringe ten sterkste aan op volhouden en doorzetten, jarenlang van het blijvend dieet.” En hij is van mening dat het standpunt van de Rijksverzekeringsbank als uitvoerder van de invaliditeitswet om alleen de operatieve behandeling toe te staan, als verloren en verouderd beschouwd moet worden.<sup>18</sup>

De Rijksverzekeringsbank beschouwt de operatie als de enige ingreep, die blijvende invaliditeit kan voorkomen, zij het dan ook niet met 100% zekerheid. En in een reactie op het artikel van Prins van de hand van De Rooy, geneeskundige bij de Rijksverzekeringsbank, lezen we waarom<sup>19</sup>: het dieet, zoals besloten ligt in de wedervraag van Kuenen, bestaat volgens de Rijksverzekeringsbank tot op heden niet!

En de Rijksverzekeringsbank krijgt gelijk: Heering, die in 1938 bij Kuenen promoveerde, concludeert op grond van zijn onderzoeksresultaten: “Geen verband kon worden aangetoond tussen het verlaten van het dieet en het weer optreden van de maagklachten. Dat het langdurige dieethouden in het algemeen een gunstige invloed heeft op het verloop van de ulcusziekte, kon niet worden aangetoond.”<sup>20</sup>

“Bij enig nadenken kan de huismedicus zelf volkomen het dieet regelen, specialist — ik ben het ook niet — behoeft men daarvoor niet te zijn” schrijft N.P. van Spanje, (1859-1940) geneesheer-directeur van het OLV-gasthuis te Amsterdam.<sup>21</sup> En hij vervolgt:

“De verstandige patiënt weet in de regel heel goed wat hem wèl en wat hem niet bekomt, het is onverstandig daarmee geen rekening te houden. Wijlen professor Loncq — het is ruim veertig jaar geleden — vertelde eens hoe een boer in de winter met levensgevaar over de Lek kwam om hem te consulteren voor zijn maag; hij kon geen aardappelen verdragen. De professor gaf hem nu de raad geen aardappelen meer te eten. Zes weken later kwam de boer weer terug, nu beladen met een grote kaas uit dankbaarheid voor de hem gegeven goede raad!”

Om te kunnen beoordelen of klachten verdwijnen hoeft men zelfs geen medicus te zijn; dat weet Prins ook:

“U kent het verhaal dat Pisuisse voor zijn maagkwaal van de ene maagspecialist te horen kreeg dat een glas bier niet hinderde, doch dat een bittertje streng verboden was, omdat dit de maag deed inkrimpen,

19. De Rooy 1930.

20. Heering 1938 blz. 69.

21. Van Spanje 1924.

en van een andere specialist die vond dat een enkel bittertje geen kwaad kon, doch dat door een grote plas bier de maag ging uitzetten. Hij gevoelde zich pas kiplekker toen hij beide adviezen combineerde, namelijk toen hij eerst met een bittertje voor het eten zijn maag wat liet inkrimpen en met een lekker glas bier onder het eten zijn maag weer op normale wijdte bracht.”

Prins dringt aan op een systematische lig- en dieetkuur gedurende 6 à 8 weken: “Naar analogie van wat men bij diepe huidulcera ziet (bijvoorbeeld brandwonden) die ook met een litteken genezen, heb ik mij altijd op het standpunt gesteld dat een ulcus, die behoorlijk en betrouwbaar genezen wil, met littekenvorming, minstens twee maanden nodig heeft.”

De argumentatie van de bedrust lijkt sinds Fenwick nauwelijks veranderd. In aansluiting op het artikel van Prins echter, wordt in de *Geneeskundige Gids* een referaat opgenomen<sup>22</sup> waarin een behandeling wordt ontvouwd, gebaseerd op de theorie van Balint: de oorzaak van de zweer ligt in een verschuiving van het zuur-base-evenwicht in de weefsels naar de zure kant. Hieruit wordt afgeleid dat bedrust geïndiceerd is: spierbeweging leidt immers tot zure afvalproducten. Hijmans van den Bergh noemt echter deze theorie “die aanvankelijk zo veelbelovend leek,” onhoudbaar.<sup>23</sup>

Omdat kramp door vagusprikkeling als oorzaak van het ulcus in een aantal theorieën een grote rol speelt, moet kalkarmoede een zekere rol in de pathogenese van het ulcus spelen, zo betoogt Koopman<sup>24</sup>. Op grond van zijn ervaringen kan hij zijn collegae het intraveneus inspuiten van kalk van harte aanbevelen. De Groot gaat daarover in discussie; hij vraagt zich af of kalktabletjes niet eenvoudiger en goedkoper zijn.<sup>25</sup> Kennelijk was het in die tijd een geaccepteerde therapie, want Hijmans van den Bergh bedient zich er ook van, zo blijkt uit zijn klinische les.<sup>26</sup>

Operatie is geïndiceerd bij perforatie, bij organische stenose en soms bij bloeding, zo lezen we in de vierde druk van “*De ziekten van de maag.*”

“Eveneens bestaat aanwijzing voor operatie wanneer de interne behandeling er niet in slaagt de zieke te genezen. Deze indicatie is altijd een relatieve, en de één zal wat eerder dan de ander menen dat in een concreet geval het ogenblik gekomen is voor chirurgische hulp. De sociale positie, de persoonlijkheid van de patiënt en zijn algemene toestand zijn van belang, omdat zij voor een deel de mogelijkheid en wenselijkheid van een langer voortgezette kuur beheersen. Als om-

22. Csepay 1930.

23. Hijmans van den Bergh 1930.

24. Koopman 1928 a.

25. zie Koopman 1928 b; de Groot 1928 b&c.

26. Hijmans van den Bergh 1930.

standigheden, die bij de beslissing in aanmerking genomen moeten worden, noemen wij verder de hevigheid der pijnen — die soms de zieke tot vertwijfeling brengen en zo regelmatig na voedselgebruik kunnen optreden dat de patiënt weigert te eten — de duur der vrije perioden en de duur der recidieven, die zo lang kan zijn, dat de patiënt met korte vrije tussentijden een invalide is.

\* \* \*

Men moet behalve de directe gevaren van de ingreep ook in aanmerking nemen dat de operatie de genezing niet waarborgt, en dat recidieven niet zijn buitengesloten, zoals met onze tegenwoordige opvatting over de genese der zweer begrijpelijk is en dat de lijder na de operatie blootstaat aan de ontwikkeling van een *ulcus jejuni pepticum*.”<sup>27</sup>

Het valt nauwelijks te beoordelen of operatief ingrijpen op relatieve indicatie, gemeten aan geneeskundige criteria, bijdraagt aan de genezing van de zweer. Schrijver neemt een veel resoluter standpunt in. Hij is dan ook de mening toegedaan dat de zweer een chronisch lijden is, te vergelijken met tuberculose: “Heeft de patiënt een jaar lang, dat is gedurende vier verschillende jaargetijden, zich met grote omzichtigheid gevoed en treedt daarna een recidief op, dan kan mijns inziens met grote stelligheid verklaard worden dat de interne therapie niet bij machte is de kwaal te genezen. Dan dienen wij het geval in handen te geven van de chirurg.”<sup>28</sup>

Moet men de zweer naar analogie van tuberculose of eclampsie als een ernstige chronische aandoening beschouwen; of als een kwaal met een recidiverend karakter, die echter steeds weer neigt tot spontaan herstel? De laatste opvatting wint rond 1930 veld. Maar hoe moeilijk het is de consequenties van een dergelijke opvatting te doordenken en afstand te doen van de eerste oudere opvatting, blijkt uit een opmerking van Hijmans van den Bergh in zijn klinische les: de zin waarin hij vaststelt dat de maagzweer bijna altijd spontaan en zonder operatieve hulp geneest laat hij volgen door: “Daartoe echter is het nodig dat de behandeling, althans bij maagzweren van enige betekenis, met de grootste nauwgezetheid geschiede”, alsof hij de portée van zijn eigen vaststelling niet begrijpt. Daarmee is voldoende verklaard waarom er in 1930 zoveel verschillende antwoorden gegeven worden op de vraag van Prins naar de kortste, de beste en de meest doeltreffende inwendige behandeling van de niet-gecompliceerde maagzweer.

Er is nog een ander antwoord mogelijk op de vraag van Prins, dat

27. Pel 1925 blz. 166&167.

28. Schrijver 1922.



gegeven wordt door de Rotterdamse maag-darm-arts F.A. Schalijs (1880-1970):

“Uiterst moeilijk om met zekerheid te zeggen of een therapie die als einde heeft een ophouden van klachten, ook mag beschouwd worden als een therapie, die het ulcus heeft doen genezen. Ik wil nog niet eens wijzen op de moeilijkheid, ja soms de onmogelijkheid, om in een bepaald geval met zekerheid de diagnose “zweer” te stellen, maar, aangenomen dat men dit nu wel kan, wie geeft ons de zekerheid, dat een klachtenvrij maken van de patiënt hetzelfde is als een genezen van de gediagnostiseerde (terecht of ten onrechte) zweer?

Is een zweer, die geen klachten meer geeft, genezen? Meestal krijgt men de indruk dat de zweer in een latent stadium is overgegaan om op een goede dag door dikwijls ons volkomen onbekende oorzaken weer manifest te worden en klachten te geven. Andersom: indien een patiënt klachten houdt na een behandeling weet men dan zeker dat die klachten door de nog niet genezen zweer veroorzaakt worden? Kunnen zij niet afhankelijk zijn van andere oorzaken: neuralgie, plexuspijn, psychische voorstelling? Om nog niet eens te spreken van andere aandoeningen in de buik, die reflectorische maagklachten kunnen geven.

Een therapie aan te geven die in de kortste tijd een ziekte van inwendige aard moet genezen, een ziekte waarvan het beloop wij niet met de ogen kunnen volgen, noch met de hand kunnen palperen, waarvan de verschijnselen zo wisselend zijn en die zo onder invloed van de ziel staat, en die wellicht ook een uitvloeisel is van de constitutie van de lijder, met andere woorden, die zo individueel beoordeeld moet worden, dit is mijns inziens niet mogelijk. Temeer, waar ook het oordeel van de mate van het bereikte succes zo afhankelijk is van de beoordelaar, in casu de geneesheer.”<sup>29</sup>

Volgens Schalijs is behandeling van de maagzweer op basis van een geneeskundig oordeel niet mogelijk, omdat de arts nauwelijks kan uitmaken of er sprake is van maagzweer of niet.

(Voor het maagcarcinoom en zijn behandeling zie bladzijde 121).

## NIET-GENEESKUNDIGE MAAGKLACHTEN

### IV.3.3 Functionele maagklachten

Ook in 1925 wordt in het boek van Pel uitgebreid aandacht aan de maagneurosen besteed.

“In de laatste decennien heeft nauwkeurig pathologisch-anatomisch

29. Prins 1930 b.

onderzoek gepaard met uitbreiding van de chirurgie en de toepassing van de röntgenologie ons geleerd dat meestal aan de functionele klachten een organische afwijking ten grondslag ligt. De vraag is dus gerechtvaardigd, of het ziektebeeld der nerveuze dyspepsie thans nog reden van bestaan heeft. Bij de tegenwoordige stand onzer kennis moet men hierop bevestigend antwoorden. Immers, er zijn nog altijd gevallen, waarin men tevergeefs naar een organische afwijking zoekt, en waarbij deze ook in het verloop der ziekte niet voor de dag komt.”<sup>30</sup>

Alvorens men de diagnose “nerveuze dyspepsie” mag stellen moet men chronische gastritis, atonie, ulcus en ook het carcinoom uitsluiten. Laten we deze differentiaal diagnostische overwegingen nu eens de revu laten passeren.

Het oordeel over het maagcarcinoom is onveranderd in de 25 jaar die zijn voorbijgegaan sinds de eerste druk van het boek verscheen: een onoplosbaar geneeskundig probleem. Het ulcus is hierboven beschreven. De atonie van de maag wordt samen met de pylorusstenose in het hoofdstuk “Vertraagde ontleding van de maag” beschreven. De pylorusstenose wordt meestal door een carcinoom veroorzaakt. De acute atonie van de maag komt vooral voor na laparotomie en verloopt meestal dodelijk. Over wat onder chronische atonie moet worden verstaan bestaat geen eenstemmigheid; sommigen willen zelfs de naam laten vallen<sup>31</sup>.

De uiteenzetting over de gastritis is veel uitgebreider geworden dan 25 jaar tevoren.

“De naam chronische maagcatarrh, vroeger een woord voor alle enigszins onduidelijke aandoeningen van de maag, wordt in de laatste tijd meer beperkt gebruikt voor die afwijkingen, die berusten op een ontsteking van het slijmvlies, welke gepaard gaat met stoornissen in de secretie, resorptie en motiliteit. Deze functies zijn meestal in depressieve zin, doch onderling in zeer ongelijke mate, veranderd.”<sup>32</sup>

Voor de diagnose hechten de schrijvers veel waarde aan de aanwezigheid van slijm in de uitgehevelde maaginhoud, maar een constant verschijnsel is het niet. Wat is gastritis anno 1925 dan wel? Er is kennelijk niet zoveel veranderd sinds 1900, want onder het hoofdje “ziektebeeld” stoten we op een stijbloempje dat we ook al in de eerste druk van het boek tegenkwamen: “Het ziektebeeld der chronische gastritis is bont en wisselend, in genen dele scherp omschreven, zodat de diagnose in de praktijk dikwijls op grote moeilijkheden stuit.”<sup>33</sup>

30. Pel 1925 blz. 275&276.

31. id. blz. 232.

32. id. blz. 108.

33. id. blz. 110&111.

Ook in 1925 vinden we de voorspelling dat de groep der neurosen door fijnere en scherpere methoden van onderzoek in de toekomst kleiner zal worden, "zoals ook reeds in de laatste jaren is geschied. Als voorbeeld hiervan wijzen wij op het ulcus duodeni; voor men geleerd had dit te diagnosticeren, schreef men de klachten van de meeste van deze lijders aan een maagneurose toe."<sup>34</sup>

Alle onderzoek ten spijt bestaan er nog steeds onbegrepen maagklachten, die onder tal van namen worden aangeduid, gastritis, chronische atonie, nerveuze dyspepsie; maar al die namen dragen niet bij aan een zodanig begrip van maagklachten, dat daarover een voorspelling in termen van geneeskundige criteria mogelijk is.

Dat Schalijs niet-geneeskundige problemen onderkent, werd al duidelijk uit zijn antwoord aan Prins. Daarin vraagt hij zich af of persisterende maagklachten niet het gevolg kunnen zijn van neuralgie, plexuspijn of psychische voorstelling; zeker dit laatste is als een niet-geneeskundig probleem te beschouwen.

"Bij een eigenaardig type mensen" schrijft Schalijs. "meestal van het asthenische type, die mensen waarvan Mathes zegt (zoals Michael in zijn openbare les aanhaalt) "Sie leben nicht ihr Leben, sie leiden ihr Leben", bestaat de mogelijkheid dat reeds vanaf de prilste jeugd een grote gevoeligheid bestaat van alle zenuwplexus voor een druk daarop uitgeoefend. Deze overgevoeligheid wordt dan pas voor het eerst gevonden als om de één of andere reden de arts de buik moet onderzoeken.

Vinden we bij een patiënt die komt klagen over buikpijnen van welke aard dan ook, een sterke hyperaesthesie der buikzenuwplexus, dan is het een dringende eis alle diagnostische hulpmiddelen te gebruiken om te weten te komen of ook één of andere aandoening van een buikingewand te beschouwen is als de primaire oorzaak, alvorens de diagnose neuralgie van het ganglion coeliacum of de andere zenuwplexus te stellen, of alvorens de diagnose "buikmigraine" te maken, hoewel ik voor mijzelf overtuigd ben dan zulke gevallen sui generis bestaan."

Schalijs wijst Talma aan als degene die hem op het belang van het onderzoek naar de pijnpunten in de buik heeft gewezen. Al worden er nu afwijkingen gevonden aan de ingewanden, bijvoorbeeld aan galblaas, maag of pancreas, dan is de hyperaesthesie nooit een contra-indicatie

34. id. blz. 244.

Het ulcus duodeni werd volgens Boom voor het eerst door de Engelse chirurg Moynihan beschreven. In de derde druk van Pel's ziekten van de maag (1913) werd het nog niet vermeld! (Boom in Van Dongen 1966\* blz. 93.)

tegen operatie, maar wel dienen patiënten tevoor gewaarschuwd te worden, dat er een grote kans bestaat dat de pijnsensaties ook na de operatie blijven aanhouden. “Is daarentegen slechts een geringe afwijking aanwezig, bedenk u dan wel twee maal alvorens ge tot operatie overgaat en dat vooral bij een twijfelachtige aandoening van het wormachtig aanhangsel, maar ook bij de galblaas en de maag.”<sup>35</sup>

Ook dat is oordelen: zich onthouden van een oordeel; is er sprake van een hyperaesthesie van de buikzenuwplexus zonder dat er bij onderzoek afwijkingen worden gevonden, dan kan de arts niet zeggen of chirurgisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van dat probleem.

“Nu is dit tenslotte een negatieve therapie. Toegegeven. Maar in haar negativiteit schuilt kracht, want voor de patiënt spaart het een grote desillusie uit, namelijk, niet verlost worden van de pijnen door een operatie, die als succesvol is voorgesteld en dus het voorkomen van het verlies in vertrouwen in de geneeskundige hulp.” Maar de oordeelsvorming van Schalijs trekt zich niet uit over het geheel van geneeskundige behandeling, maar beperkt zich tot chirurgisch ingrijpen. “In die gevallen, waar het sigmoid de zetel is van de pijn, of beter gezegd, waar de pijn zetelt links, daar is meestal van chirurgische hulp geen sprake. Daar is interne therapie de onbestreden methode.” En waarin bestaat dan de interne therapie?

“De geneesheer, die na ernstig onderzoek een vaste overtuiging heeft verkregen, kan door psychische kalmering en door verstandige leiding, veel bereiken. Door de patiënten berusting te geven en rust van het gemoed, door hun leefwijze te regelen en hun lichaam — en ook hun geest — te sterken, is nog veel te bereiken. Sport, goede voeding, beweging, afleiding van de gedachte, medicamenteuze tonica, kunnen zeer veel doen. Wie geen sport buiten kan doen, kan dit door kamergymnastiek en eenvoudige hydrotherapie vervangen. Waaraan is in zoveel gevallen het succes van een badkuur te danken?”<sup>35</sup>

Schalijs, die zo uiterst kritisch stond tegenover chirurgisch ingrijpen bij niet-geneeskundige buikklachten, oordeelt zonder enige schroom over “interne therapie” bij niet-geneeskundige problemen. Geldt dan voor de “interne therapie” niet dat er niet door verlost worden van pijn een desillusie betekent voor de patiënt en dus leidt tot wantrouwen van de patiënt in de geneeskundige hulp? Of is de “interne therapie” in die zin onbestreden dat afwachten en niets doen geen slechtere resultaten afwerpt dan de “interne therapie”?

De Weense psychoanalyticus Wilhelm Stekel (1886-1940) spreekt uitsluitend over de nerveuze maag, en onderscheidt die van organische maagaandoeningen. Hij houdt de nerveuze maagaandoeningen voor veel

35. Schalijs 1929.

kwellender dan de organische maagziekten<sup>36</sup>. Stekel spreekt van “ingebeelde zieken”, de nerveuze maag beschouwt hij als de “god der wrake” voor wie er aan lijdt; en op de laatste bladzij van zijn boekje roept hij de lijders toe: “Waag het gezond te zijn.”

Stekel schildert hoe medisch ingrijpen bij nerveus maaglijden tot paradoxe situaties kan lijden. In Karlsbad — waar volgens Stekel bij organische aandoeningen zulke schitterende resultaten worden bereikt — gaan nerveuze maaglijders in hun ziekte geloven,

“terwijl zij vroeger toch af en toe een zekere twijfel niet onderdrukken konden. Voor zulke zieken is het vele behandelen en uitvragen zeer schadelijk. Iedere arts heeft andere ervaringen, andere inzichten en andere voorschriften. Ieder houdt een bepaalde spijs voor bijzonder schadelijk, wat voor een deel van eigen waarnemingen en toevalligheden afhankelijk is. Op deze wijze raakt de patiënt in een hopeloze verwarring en 't repertoire van de veroorloofde gerechten wordt steeds kleiner.

Het is het beste om zich in zulke gevallen te bepalen tot één arts en dan liefst de huisarts, die door langdurige waarneming wel tot het inzicht komt dat hij met een maaghypochonder te doen heeft en in alle geval geen schade doet wanneer hij de zieke telkens weer moed insprekt en hem geruststelt en tot eten aanspoort, hem op zijn manier wat dichter bij de genezing brengt.”<sup>37</sup>

Schalij liet de vraag waaraan het succes van badkuren is te danken open. Stekel beantwoordt de vraag of badkuren bij niet-geneeskundige problemen succes hebben, ontkennend. Hij is zelfs van mening dat een dergelijke therapie schadelijk is, omdat het de patiënt met een nerveus maaglijden stijft in zijn idee, dat hij lijdt aan een ernstig lichamelijk lijden. De “interne therapie” is dus niet zo onbestreden als Schalij doet voorkomen en is volgens Stekel bij nerveuze maagklachten zelfs als paradox handelen te beschouwen.

In de *Geneeskundige Gids* wordt geen systematische aandacht besteed aan functionele maagklachten of maagneurosen.

De Groot vertelt het verhaal van een jong meisje, dat sedert lang leed aan maagbezwaren, die wezen op het bestaan van een chronische ulcus aan de pylorus, maar bij operatie werd geen ulcus gevonden.

“De enige anatomische afwijking, die vastgesteld kon worden, was de roodheid van de pylorus. Ik denk hier onwillekeurig aan de “rode maag” van Schoemaker en aan het rode en met vliezige adhaesies bedekte colon, dat Schoemaker zo dikwijls reseceerde, omdat de

36. Stekel 1924 blz. 14.

37. id. blz. 21&22.

patiënten klaagden over hardnekkige pijnen en obstipatie, zonder dat met die operatie het gewenste doel werd bereikt. Ik schaar mij geheel aan de zijde van Schali, die in zijn mededeling over “Coelialgia sinistra” (Geneeskundige Gids van 12 april 1929) de overtuiging uitspreekt dat men daaraan lijdende patiënten (na grondig onderzoek) niet moet laten opereren.”<sup>38</sup>

Het meisje vertoonde enige tijd na deze operatie alle verschijnselen van appendicitis, maar appendectomie leverde een gezonde appendix op en toen ze daarna getroffen werd door klachten als van galsteenkoeliek werd afgezien van operatie. Ongetwijfeld was hier sprake van een niet-geneeskundig probleem en ook de “rode maag” moet als zodanig beschouwd worden: een anatomische afwijking, waarvan de predictieve betekenis niet bekend is.

J.L.A. Peutz (1886-1957), als eerste geneesheer aan het Haagse R.K. Ziekenhuis verbonden, beschrijft in 1930 het geval van een man die aan onbegrepen maagklachten leed. Hij begon er slecht uit te zien en dat ondanks een behandeling met onder andere papaverine en morfine.<sup>39</sup> De röntgenfoto van de patiënt van Peutz deed aan een torsie denken; of misschien ook aan perigastritis, dat is adhaesies rond de maag. Peutz deelt mee dat hij perivisceritiden “met groot succes” behandelt met de hoogtezon. In dit geval mocht niets baten en er werd tot operatie besloten. Daarbij werden echter geen afwijkingen gevonden. Achteraf herkende Peutz de klachten van de man als passend bij een maagneurose, de “aerofagie gastrointestinale bloquée”, dat is abnormaal luchtslikken zonder dat het tot boeren komt. Peutz geeft toe dat ook in zijn praktijk vele maagneurosen voorkomen, maar om de operatie te rechtvaardigen citeert hij “één van de velen” die van mening is dat “jeder scheinbaren Magen-neurosen eine wenn (vielleicht) auch geringfügige organische Erkrankung zugrunde liegt.”<sup>40</sup>

“Alle leerboeken ruimen de maagneurosen een plaats in. Alle artsen zijn van haar bestaan overtuigd. Wel beweren vele huisartsen dat de specialist de neiging heeft om veel te weinig neurosen en veel te veel ulcera te diagnosticeren, terwijl ik herhaaldelijk specialisten hoorde jammeren, dat vele huisartsen dikwijls op ulcera het etiket “neurose” plakken. De leek twijfelt al evenmin aan het bestaan van “zenuwen op de maag.”<sup>41</sup>

38. De Groot 1930.

39. Pel 1925 blz. 82 wijst op de gevaren van een dergelijke therapie: de narcotica werken ongunstig op de eetlust, de spijsvertering en op de maagontlediging en bergen het risico van verslaving in zich.

40. Peutz 1930.

41. Koopman 1925.

De huisarts wordt in de *Geneeskundige Gids*, nota bene een tijdschrift dat huisartsen als zijn doelgroep noemt, niet in staat geacht om maagklachten fatsoenlijk te diagnosticeren; hij wordt ook niet zelf aan het woord gelaten, want alle gerefereerde auteurs beschouwen zichzelf als specialist; met uitzondering van Van Spanje, die is ziekenhuisdirecteur. (Of die auteurs specialist *zijn*, kan in deze jaren toen het specialistenregister nog niet was ingesteld, niet worden beslist.)

De Groot schrijft: "De specialist heeft door zijn grondige studie in zijn speciale vak en door zijn grotere ervaring een grote voorsprong op de nog zo conscientieuze huisarts, die niet weet wat hij niet weet."<sup>42</sup> Schalij heeft ook al geen hoge hoed op van de huisarts; hij is bang dat de huisarts zal vervallen in paradoxe oordelen.

"Mij dunkt dat juist toch de huisarts, lang rondtobbende met zijn patiënt, eindelijk tot operatie raadt, omdat hij toch wel eens gevallen zal hebben meegemaakt waar een appendectomie, ook zonder dat ernstige afwijkingen werden gevonden, goed gevolg had; verder omdat het buitengewoon onaangenaam is de kans te lopen dat men door het niet doen uitvoeren van een betrekkelijk eenvoudige operatie, de patiënt ziet blijven klagen, terwijl later blijkt dat toch wel het aanhangsel de oorzaak is. Bovendien is de lekengeleerdheid van de patiënten, die voortdurend over "blinde darm" spreken en de geneesheer steeds dwingen aan dit orgaan te denken, een factor, die de zaak dikwijls vertroebelt."<sup>43</sup>

Let wel, ook hier heeft de waarschuwing voor de valkuil van het paradoxe handelen, die Schalij geeft, betrekking niet op de geneeskunde als geheel, maar uitsluitend op de chirurgie!

Bij Stekel was de langdurige relatie tussen de huisarts en zijn patiënt een argument voor begeleiding van niet-geneeskundige problemen door de huisarts. De huisarts kan immers het beloop van de klachten vervolgen en zijn oordeel over de medisch-predictieve betekenis van een probleem, veel beter dan de specialist dat kan, bevestigd of ontkracht zien. Schalij voert argumenten aan waarom juist die langdurige relatie de huisarts er ten onrechte toe zal verleiden de patiënt tot een operatie te raden. Maar zou Schalij dan weten te ontkomen aan dit paradoxe handelen, waarin bijvoorbeeld Peutz en de Groot wel verstrikt raken?

## SLOTSOM

Rond 1930 worden maagzweer en maagcarcinoom als geneeskundige

42. De Groot 1928 a.

43. Schalij 1929.



problemen begrepen. Het is nog steeds niet eenvoudig om maagklachten als symptoom van een maagzweer te begrijpen. Ter discussie staat of de waarde van de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer wel zo negatief is als men in vorige perioden gemeend heeft. Parallel daaraan veranderen de inzichten met betrekking tot de indicatie tot operatief ingrijpen bij een maagzweer; bij een ongecompliceerde maagzweer bestaat er slechts een relatieve indicatie, zo meent men nu. Het maagcarcinoom moet nog steeds als een onoplosbaar geneeskundig probleem beschouwd worden.

Zeker, dat er "functionele" maagaandoeningen bestaan wordt niet ontkend, maar de aandacht is in de eerste plaats op anatomische afwijkingen als verklaring van klachten gericht: perivisceritiden, de "rode maag", de atonie van de maag, gastritis. Maar bij geen van deze aandoeningen wordt de waarde van de medisch-predictieve betekenis meegedeeld. Schalij waarschuwt tegen operatief ingrijpen bij dergelijke aandoeningen: de patiënt moet dan tevoor op de hoogte gesteld worden dat er geen enkele garantie is dat zijn klachten zullen verdwijnen door de operatie. Maar dat geldt natuurlijk evengoed voor de interne therapie die Schalij aanprijst als onbestreden middel voor de behandeling van niet-geneeskundige maagklachten. Dat de patiënt van een dergelijke behandeling niet beter wordt en zich er wel afhankelijk van kan gaan wanen, is dan ook niet denkbeeldig, zo lezen we bij Stekel.

Het onderzoek naar geneeskundige oordeelsvorming bij maagklachten rond 1930 adstrueert dat alleen dan een antwoord mogelijk is op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat probleem als geneeskundig probleem begrepen kan worden.

#### IV.4 GENEESKUNDIGE OORDEELSVORMING DOOR DE HUIS-ARTS BIJ MAAGKLACHTEN, ROND 1960.

##### GENEESKUNDIGE PROBLEMEN

##### IV.4.1 Het ulcuslijden

In 1947 verscheen van de hand van J.J. Groen een monografie over het ulcuslijden onder de titel "*De psychogenese van het ulcus ventriculi et duodeni; karakterstructuren en emotionele belevenissen en hun betekenis voor aetiologie en therapie.*"

Dat emotionele factoren het beloop van het ulcuslijden, zoals dat van iedere ziekte, beïnvloeden zullen weinig medici voor discussie vatbaar achten; het strijdpunt is echter "of een organische ziekte als het ulcus ventriculi met een zo duidelijk anatomisch substraat grotendeels of



uitsluitend door emotionele stoornissen veroorzaakt zou kunnen worden.”<sup>1</sup>

Groen beschouwt het emotionele conflict als het precipiterende, het karakter als het predisponerende moment in de ulcus-genese; het innerlijk conflict als gevolg van uitwendige omstandigheden, inwerkend op deze persoonlijkheid is de specifieke oorzaak van het ulcus. Groen somt een twintigtal karaktereigenschappen op die hij opvallend vaak bij ulcuslijders aantrof. Hij spreekt over orale eigenschappen, gevoel voor orde en plichtsbef, maar ook over bemoeizucht en eerezucht en daaronder, meer op onbewust niveau, de hunkering (etymologisch nauw verwant aan hongeren, merkt Groen op) naar koestering.

Enerzijds is er de grote drang tot zelfbeheersing en rustig optreden, anderzijds het feit dat iedere tegenslag voor de ulcuslijder tegelijkertijd een slag is voor zijn zelfrespect. Groen beschouwt het karakter, dat hij beschrijft, als maatschappelijk zeer waardevol:

“Indien de ulcus-patiënt medicus is (hetgeen vaak voorkomt) strekt hij zijn beschermende bemoeiingen over zijn patiënten uit. Voor hen is hij dag en nacht in touw, vaak tot schade van zijn eigen gezondheid. Schrijver dezes kent vele medici, die aan een ulcus lijden. Het zijn bijna allen uitstekende artsen.”<sup>2</sup>

Groen tracht in zijn monografie het recidiverend karakter van de maagzweer te verklaren. Maar daarmee is de vraag naar de medisch predictieve betekenis van de maagzweer nog niet beantwoord. Die vraag wordt wel beantwoord in een artikel in *Huisarts en Wetenschap* onder de titel: “Maagulcusziekte, verslag van een panelbespreking”; zij het dan dat die vraag niet vanuit het standpunt van een behandelend arts, maar vanuit dat van een arbeidsgeneeskundige wordt beantwoord.<sup>3</sup>

“Van de totale manlijke bevolking maakt tien tot vijftien procent voor zijn 55ste jaar een maagulcus door. Gemiddelde ziekte duur vijftig dagen. Van de behandelde patiënten krijgt vijftig procent een recidief binnen drie jaar en tachtig procent binnen vijf jaar. Van alle zieken heeft 25 procent tenminste éénmaal klachten, 50 procent heeft recidieven met klachtenvrije perioden en 25 procent heeft voortdurend last met complicaties.”

1. Groen 1947 blz. 4.

2. id. blz. 12.

3. Hogerzeil 1964.

Deze bespreking werd gehouden ter afsluiting van een aantal avonden gewijd aan de maagulcusziekte en georganiseerd door de afdeling Eindhoven van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst. Hieraan namen enkele huisartsen deel, een internist, een chirurg, een röntgenoloog, een bedrijfsarts, het geheel onder voorzitterschap van H.H.W. Hogerzeil.

Met de bestaande behandelingsmethoden neigt de maagzweer kennelijk tot herstel. De kans op recidief is echter groot.

De huisarts Ebeling Koning sprak in het panel over de diagnostiek van het ulcuslijden. Hij maakt onderscheid tussen de gelocaliseerde, zuiver somatische slijmvlieslaesie die ulcusklachten geeft, bijvoorbeeld secundair aan intoxicatie of verbranding, en het ulcus als “symptoom van maagulcusziekte, waarbij de gehele mens is betrokken”, op dezelfde wijze als Heering, die ik in de vorige paragraaf citeerde.<sup>4</sup> Ebeling Koning legt de nadruk op het belang van het vroegtijdig onderkennen van de verschijnselen die aan het optreden van een ulcus voorafgaan. Juist de huisarts heeft hier een taak, zo betoogt hij. Want de huisarts kent de persoon van de patiënt, zijn gezin en zijn werk. “De maagulcusziekte is een goed voorbeeld van de mogelijkheden van de geneeskunst van de huisarts.”<sup>5</sup> Maar het is toch kennelijk moeilijker dan Ebeling Koning hier doet voorkomen van te voren vast te stellen wie een ulcus zal krijgen, en wie niet. Want Koopman en Boogaert stellen:

“Vooreerst zou een nauwkeurig gezamenlijk onderzoek van huisartsen inzake het “integrale aanvangsbeeld” van het ulcuslijden van belang zijn, aangevuld door een jarenlange observatie van het beloop. Men zou hierbij nog moeten overwegen of men alleen het röntgenologisch aantoonbare ulcus of het klinische beeld van een ulcuslijden, desnoods zonder zichtbaar gemaakt ulcus als object van onderzoek wil nemen.”<sup>6</sup>

In 1961 promoveert de huisarts M.G. van Nieuwenhuijzen op een proefschrift getiteld “*Persoon en milieu van de ulcus duodenilijder*.” In zijn onderzoek gaat hij uit van patiënten bij wie naar aanleiding van de door hen beschreven klachten een X-foto tot positieve bevindingen leidde. “Van hieruit zullen wij het heden overzien en met behulp van biografische anamnese en gesprek het verleden, zover als ons mogelijk is, uit het duister naar voren halen.”<sup>7</sup>

Van Nieuwenhuijzen vergelijkt het ulcus met een drama waarvan de eerste acten zich in het duister afspelen en waarbij het toneel pas wordt verlicht als de ontknoping op handen is. Alleen de huisarts is in staat te luisteren naar de stemmen die het allervroegst in het drama zijn te beluisteren, alleen hij is in de positie een poging te wagen ze in hun betekenis te verstaan. Het ulcus is een drama, een episode in 's mensen

4. Heering 1938 blz. 4 zie IV.3.1. blz. 86.

5. Hogerzeil 1964. Ebeling Koning publiceerde in hetzelfde jaar 1964 samen met Hogerzeil een artikel over maagulcus en galsteen. Zij kwamen daarin tot de conclusie dat galstenen significant meer voorkomen bij operatief voor maagulcera behandelde patiënten dan bij conservatief behandelde ulcuspatiënten en gezonde personen.

6. Koopman en Boogaert 1963.

7. Van Nieuwenhuijzen 1961 blz. 29.

leven, maar het blijft vaak niet bij één voorstelling, het ulcus recidiveert. Het onderzoek van Van Nieuwenhuijzen beoogt licht te werpen op het verloop van het drama, voordat de arts tot toeschouwer werd gemaakt. Of hij de afloop ten goede kan keren blijft buiten het gezichtsveld.

Het is waarschijnlijk dat de huisarts in deze tijd geen goed oordeel heeft over de maagzweer: uit het onderzoek van Querido<sup>8</sup> blijkt dat het integrale oordeel over de maagzweer minder betrouwbaar was dan het klinische, de enige diagnose waarbij dat het geval was(!) naar Querido veronderstelt omdat het integrale beoordelingsteam zich niet had kunnen voorstellen dat een ulcuspatiënt geen spanningen zou hebben. Het vooroordeel over de pathogenese van de maagzweer vertroebelt het zicht op de toekomst.

#### IV.4.2 De behandeling van het ulcus.

Slechts zes bladzijden wijdt Groen aan de therapie van het ulcuslijden in zijn monografie onder de titel "Psychotherapie."<sup>9</sup> Zeer uiteenlopende therapieën met en zonder dieet blijken tot succes te leiden. "Wanneer zo uiteenlopende therapieën alle tot succes leiden gaat men zich afvragen of de gunstige resultaten niet op een andere wijze worden bereikt dan wij ons voorstellen." Groen prijst dan de psychotherapie aan: het ulcus wordt immers door een niet opgeloste innerlijke conflictsituatie veroorzaakt. "Gewoonlijk moet men eerst enige tijd naar verhalen luisteren, die de activiteit en de efficiëntie van de patiënt illustreren."<sup>10</sup>

Maar daardoor krijgt de patiënt "het vertrouwen in de arts niet alleen een technicus doch ook een begrijpend mens te hebben gevonden."<sup>11</sup> En op die basis wordt de verdere therapie gegrondvest. Zo schrijft Groen: "Nu blijkt gewoonlijk dat de patiënt zich niet zelf uit zijn moeilijke positie kan of wil terugtrekken. Hij durft immers geen "neen" te zeggen. Dit moet de medicus voor hem doen."<sup>11</sup> En hij cursiveert de laatste zin. En even verder: "In sommige gevallen leek het nodig een beroep op de echtgenote te doen om haar man (zonder dat hij het opmerkte!) in zijn verlangen naar verwenning tegemoet te komen."<sup>12</sup> Maar ook "De beste resultaten werden bereikt door een welwillende houding, waarbij het gesprek zo werd ingericht dat de patiënt zelf op het idee kwam van de wijze waarop hij, zonder zijn zelfstandigheid prijs te geven, een verandering in zijn levenshouding kon aanbrengen."<sup>12</sup>

8. Querido 1959\* voor een uitgebreidere bespreking van dit onderzoek zie II.2 blz. 23 e.v.

9. Groen 1947 blz. 111-117.

10. id. blz. 113.

11. id. blz. 114.

12. id. blz. 115.

De doelstelling van de therapie is beperkt, het tot verdwijnen brengen van lichamelijke klachten en niet het veranderen van de persoonlijkheid. Is dat wel nodig of zelfs wel gewenst “bij mensen, die vaak waardevolle maatschappelijke persoonlijkheden zijn en die zich gelukkig voelen wanneer zij van hun klachten zijn verlost? Het oordeel hierover moet de schrijver aan meer bevoegden overlaten.”<sup>13</sup>

Dertig jaar later, in 1978, schrijft Groen over de effecten van zijn therapie: “Wanneer men ulcuspatiënten op de bovenbeschreven wijze vooral in een vroeg stadium opvangt en behandelt, leidt dit bijna altijd tot succes. Men behoeft dan slechts zelden te laten opereren anders dan bij de klassieke indicaties stenose, perforatie en therapie-resistente bloeding.”<sup>14</sup>

Maar is het wel mogelijk op grond van een geneeskundig oordeel de vraag te beantwoorden of operatief ingrijpen bijdraagt aan de genezing van een ongecompliceerde maagzweer, is een maagresectie wel een geneeskundige behandeling?

“Is de peristaltiek zodanig geworden dat zij geen last veroorzaakt? Is de zuursecretie nu op het juiste niveau gekomen? Hoe staat het met de pepsinevorming? Is de nuttige afsluiting van de maag nog mogelijk? Is de menging van voedsel en sappen voldoende? Is de gastritis die bij elk ulcus aanwezig zou zijn verdwenen? Wordt dit alles gecontroleerd en gemeten? Kunnen wij dit wel controleren?

Het is duidelijk dat, afgezien van de techniek, de maagoperatie gewoon als opzet reeds een hazardeuze onderneming is.”<sup>15</sup>

Het effect van chirurgisch ingrijpen bij een ongecompliceerde maagzweer is ternauwernood of niet aan geneeskundige criteria te beoordelen; dat lazten we al in de vorige paragraaf.<sup>16</sup> We zien het hier opnieuw bevestigd.

Groen's therapie bestaat erin “neen te zeggen voor de patiënt.” Daarmee voorkomt hij misschien overbodig medisch ingrijpen; dat hij bijdraagt aan de genezing van de maagzweer is daarmee nog niet aangetoond. “Immers, wij laten de patiënt weer los als hij zijn klachten weer kwijt is zonder er zeker van te zijn dat de ziekte, waarvan wij de oorzaak niet kennen, genezen is.”<sup>17</sup> Het is dus onmogelijk de resultaten van de therapie af te meten aan geneeskundige criteria.

Met dieet “kunnen wij trachten de maag in haar functie en anatomie zo min mogelijk te belasten, zodat deze minder snel met pijn en dysfunctie (de voor de patiënt waarneembare factoren) zal reageren en gelegenheid zal krijgen tot zelfgenezing.” Het doel van bedrust is meervoudig. “Men

13. Groen 1947, blz. 116.

14. Groen 1978.

15. Koopman en Boogaert 1963.

16. Pel 1925 blz. 166 zie IV.3.2 blz. 92.

schakelt de prikkelbronnen van de werkomgeving uit. Men tracht ermee een relaxatie van de hele persoonlijkheid te bewerkstelligen. Anderzijds brengt men de lichamelijke eisen "op een lage pit" ... Helaas kan het in bed stoppen van een actief en plichtsgetrouw mens, wat immers vele ulcuspatiënten zijn, op zichzelf weer een bron van spanningen vormen."<sup>17</sup>

De farmacotherapeutica bieden evenmin een zekere en actieve wapenrusting tegen het ulcuslijden.

"De psychotherapie van het ulcuslijden en het gebruik van sedativa richt zich op aanpassing van de reacties van de persoonlijkheid aan zijn omstandigheden en tracht daarmee een ziekmakende prikkende invloed op het maaggebied te verminderen. Omgekeerd tracht de sociale therapie de aanpassing van de omstandigheden aan de mogelijkheden van de persoonlijkheid (bijvoorbeeld het wegnemen van spanningen thuis of op het werk) tot stand te brengen."<sup>17</sup>

Van nature nerveuze mensen tot rust brengen en spanningen thuis of op het werk wegnemen vereist geen geneeskundig oordeel, of dat nu via sociale therapie, psychotherapie of via medicamenten, zoals tranquillizers gebeurt: de arts kan hooguit signaleren dat de voorwaarden waaronder geneeskundig handelen kan bijdragen aan de oplossing van het probleem niet aanwezig zijn. Anders dan Groen, die van mening was dat zijn therapie stoelde op de etiologie van het ulcuslijden, zijn Koopman en Boogaert van mening dat de ziekte in haar oorzaak onbekend is; ze beschouwen hun therapie — de sociale en psychotherapie inclusief — als onzeker en passief, in wezen niet meer dan "het wegnemen van impedimenta tot zelfgenezing." Daaruit zou op te maken zijn dat zij het ulcus als een geneeskundig probleem met positieve predictieve waarde, als een selflimiting disease beschouwen. Maar ze zijn er niet zeker van of nu het "ulcus-an-sich" als het probleem beschouwd moet worden, of dat het ulcus symptoom is van een achterliggend lijden. Hoe kan, wie zo verward is over wat er genezen moet worden, oordelen of zijn handelen bijdraagt aan de oplossing van het probleem?

"Zolang wij farmacotherapeutisch zo armoedig en chirurgisch zo onzeker zijn uitgerust is er dubbel reden om de beïnvloeding van de omgeving van de ulcuslijder (sociale therapie) en van de houding van de zieke tegenover de conflictstof uit deze omgeving (psychotherapie) ernstig ter hand te nemen. Een taak waarvoor de huisarts een zeer geschikte positie inneemt, omdat de patiënt, diens gezin en mogelijk de sfeer van zijn werkkring hem bekend zijn."<sup>17</sup>

Koopman en Boogaert schetsen de mogelijkheden van geneeskundig handelen, en die blijken beperkt, omdat het effect van handelen zo

17. Koopman en Boogaert 1963.

moeilijk in termen van geneeskundige criteria is te beoordelen; maar vooral omdat ze evenmin als Groen dat had geen zodanig begrip van het ulcuslijden hebben dat een voorspelling over dat lijden in termen van geneeskundige criteria mogelijk is. Maar wel blijken ze hooggespannen verwachtingen te hebben van niet-medisch ingrijpen als mogelijkheid voor de huisarts om bij te dragen aan de genezing van het ulcuslijden.

Dat is tegenstrijdig, want hoe moeten ze het effect van niet-medisch ingrijpen op het ulcuslijden beoordelen als ze de effecten van medisch ingrijpen niet kunnen beoordelen, en derhalve überhaupt niet in staat zijn om effecten van handelen op de maagzweer te beoordelen?

#### IV.4.3 Niet-geneeskundige problemen.

Pilon refereert in *Huisarts en Wetenschap* “een klinisch belangrijke vorm van cascade-maag,” die veel voorkomt bij jonge zuigelingen. Deze is gekenmerkt door explosief braken en gaat gepaard met pijn. De klachten verdwijnen als regel spontaan na enige maanden, maar de aandoening kan ook leiden tot de dood van het kind. De therapie is eenvoudig: het kind tijdens de voeding rechtop houden, of op de buik leggen.<sup>18</sup>

Kropveld<sup>19</sup> ziet de belangrijkste oorzaak van de cascade-maag in de absolute of relatieve vermeerdering van de ruimte in de bovenbuik. Volgens Hellemans<sup>20</sup> is de cascade-maag een louter röntgenologische diagnose die meestal geen klachten geeft. Ook Pilon schrijft dat de cascade-maag, hoewel bij volwassenen niet zeldzaam, op oudere leeftijd van weinig betekenis is. Op de zuigelingenleeftijd schetst hij ons echter de aandoening als een geneeskundig probleem: een röntgenologische afwijking ter verklaring van de klachten met predictieve betekenis.

Wat de kliniek gastritis noemt, blijkt lang niet altijd samen te gaan met een pathologisch-anatomisch substraat, zo lezen we in een referaat van Reijerse.<sup>21</sup> De morfologische gastritis heeft geen typerend klinisch beeld en verloopt in sommige gevallen zelfs zonder klachten.

In dit referaat wordt gastritis opgevat als functiestoornis van de maag, waarvan de oorzaak vrijwel altijd buiten de maag ligt: hepatitis, uremie, sepsis, en de psychische beïnvloeding van de maagfunctie, zoals Pavlov die beschreven heeft. Maar evenals in alle voorgaande perioden, wordt ook nu niet duidelijk gemaakt waarin die functiestoornis dan bestaat, want “de diagnose gastritis wordt gesteld op grond van de pijn, het

18. Pilon 1959. Naar de symptomatologie te oordelen beschrijft Pilon hier de pylorospasme. Of dit beeld op de hier beschreven wijze is te genezen heb ik nergens anders vermeld gevonden.

19. Kropveld 1942.

20. Hellemans in Den Ottolander 1978.

21. Reijerse 1963.

röntgenonderzoek en de gastroscopie." Maar bij dit onderzoek worden geen afwijkingen gevonden.

"De clinicus reserveert de diagnose "chronische gastritis" voor patiënten met maagbezwaren die niet op een ulcus of een carcinoom berusten," schrijft Groen in 1947.<sup>22</sup> Groen zelf is van mening dat deze term gereserveerd moet worden voor de anatomisch aantoonbare gastritis. Bij maagbezwaren zonder organische afwijkingen spreekt hij van een maagneurose.

"Naarmate onze methodiek fijner wordt blijken ook bij de neurose steeds meer objectief-waarneembare afwijkingen aanwezig te zijn. De orgaanneurose en de organische ziekten zijn niet zo streng meer te scheiden, zij "groeien naar elkaar toe.""<sup>22</sup>

Ook bij gastritis en maagneurose is er sprake van psychogenese: "Gemeenschappelijk aanwezig is bij al deze ziekten de sterke passieve hunkering naar koestering en verwenning, die, doordat zij in de jeugd niet voldoende bevredigd werd, nog in het volwassen leven een dominerende rol in het onbewuste zieleleven blijft spelen. Verschillend zijn bij deze ziektebeelden de bewuste strevingen."<sup>23</sup> Bij gastritis-patiënten spelen hogere sociale strevingen een geringere rol dan bij ulcuspatiënten. Het ulcus ventriculi staat wat dat aangaat tussen het ulcus duodeni en de gastritis in, zo meent Groen. "Lijders aan echte maagneurose zijn zonder uitzondering afhankelijke, zeer egocentrische, weinig waardevolle persoonlijkheden. Men vindt bij hen weinig gesublimeerde strevingen."<sup>24</sup>

Over de behandeling van gastritis en maagneurosen lezen we in de gerefereerde literatuur niets.

## SLOTSOM

Rond 1960 is bijna alle aandacht gericht op de maagzweer en haar etiologie. De medisch-predictieve betekenis van de maagzweer wordt nauwelijks aan de orde gesteld. De vraag of medisch ingrijpen bijdraagt aan de genezing van de zweer valt nauwelijks te beantwoorden, zo moet men in deze tijd erkennen. Alle hoop is gevestigd op psycho- en sociotherapie. De vraag of laatstgenoemde therapieën bijdragen aan de genezing van de maagzweer is uiteraard even moeilijk te beantwoorden als de vraag of medisch ingrijpen daaraan bijdraagt; consequenties verbindt men daaraan echter niet. Dat moet leiden tot paradox handelen.

Van het maagcarcinoom lezen we niets. De cascade-maag, een ligingsafwijking van de maag wordt beschreven. Aan gastritis en maag-

22. Groen 1947 blz. 84.

23. id. blz. 91.

24. id. blz. 90.



neurose wordt nu een psychosomatische verklaring gegeven. Maar noch van de medisch-predictieve betekenis noch van de behandeling van deze afwijkingen wordt met een woord gerept.

Het onderzoek naar geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts bij maagklachten rond 1960 adstrueert dat alleen dan een antwoord mogelijk is op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat probleem als geneeskundig probleem begrepen kan worden.

#### IV.5 GENEESKUNDIGE OORDEELSVORMING DOOR DE HUISARTS BIJ MAAGKLACHTEN, ROND 1980.

##### IV.5.1 Maagklachten

Als een patiënt zegt: “Dokter, ik heb last van mijn maag,” dan kan daarachter een scala van klachten schuil gaan, zo blijkt uit het hoofdstuk “Maagklachten” dat Cornelissen in het *Kompas voor de huisarts* schreef:

“De patiënt kan klagen over pijn in de maagstreek of over een vol, leeg, zwaar of onaangenaam gevoel in de maagstreek. Soms staat misselijkheid op de voorgrond of “het zuur”, dan weer oprispingen, “zuurbranden” of “het hartwater”.

Sommige patiënten geven braken als hoofdklacht, anderen hebben alleen vage onlustgevoelens in de maagstreek of een beklemd gevoel achter het borstbeen (niet verergerend bij inspanning). Hongerpijn en verlichting van klachten door het drinken van melk of het nuttigen van “iets lichts” worden nogaleens spontaan vermeld. De verschijnselen kunnen in allerlei combinaties worden geuit.”<sup>1</sup>

Het klachtenpatroon is niet goed af te grenzen van bovenbuikklachten, die door Oliemans in het volgende hoofdstuk van het “Kompas” worden besproken.<sup>2</sup>

Maagklachten kunnen tal van oorzaken hebben. Cornelissen onderscheidt ze in een aantal categorieën:

- a. Afwijkingen in het slijmvlies (gastritis, ulcera, carcinoom);
- b. Mechanische factoren (ptosis, hernia diafragmatica, trauma);
- c. Afwijkingen in de nabij gelegen organen (hart, grote vaten, galblaas, pancreas, milt en darm (myocardinfarct, aneurysma, cholelithiasis, pancreatitis, leukemie, colitis, soms appendicitis));
- d. Infectieziekten van vooral virale aard;
- e. De samenstelling van hetgeen wordt ingenomen (voedsel, chemische stoffen);

1. Cornelissen 1977.

2. Oliemans 1977.



- f. Onaangename geur of uiterlijk van bepaalde zaken;
- g. Hormonale of stofwisselingsdysfuncties of stress (hypoglycaemie, graviditeit);
- h. Emotionele of psycho-sociale overbelasting;
- i. Pijnsensaties en ziekten elders in het lichaam die kunnen leiden tot secretoire en motorische reacties in de maagwand (bijvoorbeeld val op de knieën voor het eten)."

Zowel maaltijden als problemen kunnen "te zwaar op de maag liggen." Cornelissen geeft cijfers over het percentage geneeskundige problemen: "Ongeveer 1 op de 5 patiënten met maagklachten heeft organisch aantoonbare afwijkingen. Deze afwijkingen worden niet altijd in de maag of het duodenum gevonden. Slechts ongeveer 0,5% van het aantal patiënten met maagklachten heeft een ulcus ventriculi, en 1 à 2% een ulcus duodeni. In ongeveer 12% van de gevallen wordt een gestoorde functie van deze organen gevonden."

Ook de huisarts Van de Lisdonk geeft cijfers over het relatieve voorkomen van ulcera.<sup>3</sup> Hij citeert een Engels onderzoek, waaruit blijkt dat 40% van de aan de huisarts voorgelegde dyspepsieën op een ulcus pepticum berust (dat omvat ulcus ventriculi, ulcus duodeni en oesofagus-zweren, waarbij maagzuur en pepsine een rol in het ontstaan hebben gespeeld). Bij 55% van de patiënten met een "dyspepsie" was geen diagnose te stellen. De verschillen in aantallen die Cornelissen en die Van de Lisdonk noemen, zijn niet eenvoudig te verklaren. Mogelijk gaan mensen in Engeland met andere maagklachten naar de arts dan in Nederland, of bestaan er verschillen in morbiditeitspatroon met betrekking tot maagzweren. Misschien zijn in het ene onderzoek andere criteria gehanteerd om vast te stellen of er sprake is van een ulcus dan in het andere, of omvat "dyspepsie" een ander klachtenpatroon dan "maagklachten". Hoe het ook zij, de conclusie kan zijn dat zowel Cornelissen als Van de Lisdonk maagklachten in geneeskundige en niet-geneeskundige problemen onderscheiden.

#### IV.5.2 Geneeskundige problemen en hun behandeling

Hellemans schrijft in het leerboek voor interne geneeskunde het hoofdstuk over de ziekten van het maag-darmkanaal. Hij verstaat onder acute gastritis maagklachten die binnen een week zijn verdwenen.

"De klinische diagnose gastritis wordt te dikwijls gesteld; deze diagnose mag slechts — evenals bij "griep" — gedurende hoogstens een week worden gehandhaafd, indien een normaal dieet wordt gebruikt en eventuele medicatie en gebruik van alcohol en tabak zijn gestaakt.

3. Van de Lisdonk 1980.

De door biopsie pathologisch-anatomisch vastgestelde gastritis verloopt zonder klachten. De chronische gastritis op immunologische basis resulteert echter in een atrofisch maagslijmvlies en betekent een tekort aan intrinsic factor. Deze bevinding is van belangrijke klinische betekenis, omdat zij inhoudt dat de patiënt levenslang met vitamine B12 parenteraal moet worden behandeld.”<sup>4</sup>

Het maagcarcinoom is een geneeskundig probleem met een slechte prognose, al vermeldt Hellemans niet hoe slecht. “De enige behandeling, die kans geeft op genezing is een partiële of totale maagresectie.”<sup>5</sup>

Deze drie, de acute gastritis, de chronische gastritis op immunologische basis en het maagcarcinoom beschrijft Hellemans als geneeskundige problemen: de eerste als een geneeskundig probleem met een positieve predictieve betekenis, de tweede als een oplosbaar geneeskundig probleem, en de derde als een schier onoplosbaar geneeskundig probleem. Maar de meeste aandacht besteedt hij aan de maagzweer.

Hellemans beschrijft de ulcusziekte als een lijden dat tot spontaan herstel neigt, maar met een recidiverend karakter. Het ulcus ventriculi ontaardt echter in 4% der gevallen in een maligne ulcus. Zowel maagklachten die blijken te berusten op een ulcus duodeni als op een ulcus ventriculi zijn te beschouwen als een geneeskundig probleem; ze onderscheiden zich echter in predictieve betekenis.

Niet alle mensen met een maagulcus zoeken daarvoor hulp van een (huis)arts.

“Fry schat dat in ongeveer de helft van de gevallen een spontane remissie optreedt en het is zeer waarschijnlijk dat een ulcus duodeni vaak voorkomt met weinig of geen klachten. Voor velen van ons leverde dit het nieuwe gezichtspunt op dat het ulcuslijden een self-limiting karakter vertoont. De noodzaak om elk ulcus duodeni op te sporen werd daardoor sterk gerelativeerd; er werd zelfs opgemerkt dat het missen van een ulcus duodeni weleens een zegen voor de patiënt zou kunnen betekenen! Ten aanzien van het ulcus ventriculi ligt dat uiteraard anders: de kans dat men hierbij met een maligniteit te maken heeft is weliswaar niet groot (in een standaardpraktijk kan de huisarts gemiddeld één nieuw geval per drie jaar verwachten), maar onzekerheid hierover plaagt de huisarts en kan angstgevoelens wekken bij de patiënt.”<sup>6</sup>

Het klachtenpatroon bleek minder constant dan uit leerboeken naar

4. Hellemans 1978, blz. 403.

5. id. blz. 339.

6. Van de Lisdonk 1980. Dit artikel kwam tot stand op basis van een conferentie van een groep huisartsen. Zie III.1 blz. 49 en III.4 blz. 60.

voren komt. Er bestaat geen één-één-duidelijk verband tussen klachtenpatroon en de aanwezigheid van een ulcus: sommige problemen, die geenszins doen denken aan een ulcus blijken daar toch op te berusten, soms heeft de patiënt geen enkele klacht en toch een ulcus.

Als het juist is wat Van de Lisdonk hier stelt, dan schetst *Patient Care* een onjuist beeld:

“De meeste vage indigesties en lichte vormen van gastritis reageren gunstig op antacida. Deze lichte stoornissen genezen spontaan. Als zelfmedicatie met antacida zonder acetosal niet geholpen heeft, dan kan dit een aanwijzing zijn voor het bestaan van een ulcus duodeni of van een andere laesie van het bovenste deel van de tractus digestivus.”<sup>7</sup>

*Patient Care* maakt onderscheid tussen ernstige en minder ernstige klachten, op dezelfde wijze als Hijmans van den Bergh in 1930 deed,<sup>8</sup> en stelt dat onderscheid gelijk aan het verschil tussen “onschuldige bovenbuisklachten” en medische afwijkingen. De minder ernstige klachten heten met een eeuw-oude terminologie gastritis en digestiestoornissen. In *Patient Care* wordt aan de predictieve betekenis van de ernstige klachten geen aandacht besteed!

“Angiografie, radio-immuunbepalingen, endoscopie met glasvezeloptiek en een steeds beter inzicht in de gastro-intestinale fysiologie hebben een revolutie veroorzaakt op het gebied van de diagnose en de behandeling van het ulcus duodeni in de universitaire en niet-universitaire centra. Op het spreekuur daarentegen steunt de medicus practicus die met de eerste vage klachten geconfronteerd wordt, nog voornamelijk op zijn eigen waarnemingen en ervaringen. Dit artikel bestrijkt het gebied dat tussen academische research en de huisarts ligt.”

*Patient Care* is zo in de ban van de “academische research” dat het de betekenis van de waarneming, dat het ulcus duodeni tot spontaan herstel neigt, niet op waarde schat en zelfs over het hoofd ziet<sup>9</sup>.

Hellemans, Van de Lisdonk en *Patient Care* zijn het eens over het doel van de therapie, het is drieledig: behandeling van de klachten, genezing van de zweer en trachten het recidief te voorkomen door het beïnvloeden van de ulcusziekte. Omdat er geen één-duidelijk verband bestaat tussen de ernst van de klachten en de aanwezigheid van een ulcus is het eerste doel van het tweede te onderscheiden. Het hoofddoel van de patiënt is dat de klachten verdwijnen; dat is vaak ook na enkele dagen het geval, maar het

7. *Patient Care* 1975.

8. Hijmans van den Bergh 1930, zie IV.3.2 blz. 88.

9. *Patient Care* 1977.

genezen van de zweer kan wel zes weken of langer vergen. Mede als gevolg van de grote neiging tot spontane genezing is het effect van therapeutische maatregelen moeilijk te beoordelen.<sup>10</sup>

Het tweede doel is te verstaan als bekorting van de periode, gedurende welke een zweer aanwezig is. Het ulcuslijden neigt tot recidief en dat vormt de basis van het derde doel.

“Aan maagpatiënten kan elk voedsel worden voorgeschreven; voedsel waarvan de patiënt meent hinder te ondervinden, moet worden vermeden.”<sup>11</sup>

Ook *Patient Care* adviseert de patiënt die voedingsmiddelen te laten vermijden, die tot klachten leiden.

Omdat in endoscopisch gecontroleerd onderzoek is aangetoond dat ulcera onder invloed van antacida sneller genezen dan er zonder, kiest Van de Lisdonk voor een beleid “waarin primair antacida worden gegeven bij (verdenking op) een ulcus duodeni; zowel bij een patiënt die voor het eerst komt met mogelijk een ulcus zonder verdere alarmerende klachten of symptomen, als bij een patiënt met waarschijnlijk een recidiverend ulcus duodeni, lijkt ons een antacidum de eerste keuze.” Van de Lisdonk meet het te verwachten effect van zijn handelen af aan geneeskundige criteria: het verdwijnen van de zweer. Ook Cornelissen motiveert het geven van antacida met een medische overweging: “Antacida dienen ongeveer één uur na de maaltijd te worden toegediend in verband met een piek in de zoutzuurproductie.” En Hellemans geeft de nadere rechtvaardiging van dat advies: “Het voornaamste doel van de medicamenteuze behandeling is het inactiveren van de pepsine door het verhogen van de Ph boven ongeveer 4. ...Het is uit onderzoeken met intragastrale titratie gebleken dat met een antacidum dat één uur na de maaltijd wordt toegediend, het neutraliserend effect ongeveer drie uur duurt.”<sup>12</sup>

Acetosal, peper, alcohol, coffeine en nicotine moeten vermeden worden, omdat deze genotmiddelen de zuursecretie aanzetten, dan wel het maagslijmvlies aantasten.

“Overtuig u ervan dat patiënt geen reserpine of corticosteroiden gebruikt. Het weren van andere dan de bovenvermelde stoffen uit het dieet heeft geen nut. Patiënten die van vette of gekruide spijsen geen last krijgen, behoeven deze niet te vermijden. Het placebo-effect van dieetvoorschriften is echter ook belangrijk, vooral in het acute stadium van de ziekte.”<sup>13</sup> Dat is paradox: beweren dat het effect van dieetmaatregelen, met uitzondering van enkele met name genoemde, niet op basis van

10. Hellemans 1978.

11. Van de Lisdonk 1980.

12. Hellemans 1978, blz. 330&331.

13. Patient Care 1977.

geneeskundige criteria is te beoordelen en vervolgens dieetmaatregelen aanprijzen omdat ze toch zouden kunnen bijdragen aan de oplossing van het probleem, vooral in het acute stadium van de ziekte: aan welke criteria moet dan dit "placebo-effect" beoordeeld worden?

*Patient Care* geeft tot slot begeleidingsadviezen: eventueel kan de arts om de nachtelijke maagsapsecretie ten gevolge van stress en spanning te verminderen, tranquillizers of sedativa geven, maar psychische begeleiding heeft de voorkeur:

"In de regel kan de psychische begeleiding tijdens regelmatige korte consulten geschieden. Een regelmatig gesprek van 15 à 20 minuten iedere maand zou voldoende moeten zijn. Blijkt er een emotionele crisis op komst te zijn, dan zal het nodig zijn de patiënt vaker te zien of hem naar een psychotherapeut te verwijzen. ... Houd er rekening mee dat zijn conflict er één is tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid, ongeacht de wijze, waarop zijn klachten zich manifesteren. Kijk uit naar crises in zijn leven die deze strijd ontketenen en die tot voorspelbare bloedingen of exacerbaties leiden. Waarschuw de patiënt, indien u meent dat hij in een stress-situatie geraakt, vraag hem hoe hij deze zou kunnen vermijden."<sup>14</sup>

Dat is een uitwerking van de adviezen die Groen gaf, en die niet op een geneeskundig oordeel bleken te berusten.<sup>15</sup>

Over de indicatie tot operatie liepen in de groep van Van de Lisdonk de meningen uiteen: "Sommigen lieten hun patiënten nooit opereren en zagen hen toch beter worden." Cornelissen en Hellemans geven een wat preciezer richtlijn: als na twee of drie maal conservatieve behandeling ulcera recidiveren, is operatieve therapie aangewezen. "Men bedenke dat in een aantal gevallen de operatie alleen het symptoom wegneemt en dat mogelijk de operatieve therapie vooral gunstig werkt bij patiënten bij wie het symptoom (pijn en de andere belemmeringen door de afwijkingen) op zich stress-vergroterend werkte."<sup>16</sup>

De vraag of operatie bijdraagt aan de oplossing van het probleem, als het gaat om een ongecompliceerd recidiverend ulcus is moeilijk te beantwoorden. Daarin komt pas duidelijkheid als het gaat om evident levensbedreigende situaties. De medisch-predictieve betekenis van het operatief ingrijpen is toch zo ongunstig, dat bijvoorbeeld *Patient Care* adviseert om een operatie uit te stellen tot er een "erkende" indicatie voor is: 85% van de wegens ulcus duodeni geopereerde patiënten zijn tevree met het resultaat, 15% niet. En dan zijn er de mogelijke complicaties van de ingreep: ulcusrecidief, syndroom van de kleine maag, dumpingsyn-

14. *Patient Care* 1975.

15. Groen 1947, zie IV.4.2 blz. 103.

16. Cornelissen 1977.

droom, hypoglycaemie, het syndroom van de aanvoerende lis en metabole stoornissen: dat risico moet worden afgewogen tegen de medisch-predictieve betekenis van het ulcuslijden. Als complicaties van het ulcus noemt Hellemans bloeding, perforatie en pylorusstenose. De eerste twee kunnen dodelijk verlopen, de laatste kan berusten op een maligne gedegeneerde ulcus; alle drie geneeskundige problemen. Het verloop van het ulcus is niet in alle gevallen ongecompliceerd, de waarde van de medisch-predictieve betekenis kan soms negatief uitvallen.

Cornelissen is van mening dat het beleid met betrekking tot het ulcuslijden langs twee sporen moet worden gevoerd: hij noemt de in elkaar overgaande gebieden van het organische, het persoonlijk-psychische en het psycho-sociale. Hij bedoelt natuurlijk dat het beleid door de arts aan geneeskundige criteria, door de patiënt aan niet-geneeskundige criteria kan worden beoordeeld.

“Een uitzondering vormt soms de acute situatie, waarin de beslissing en het beleid vrijwel geheel voor rekening komen van de arts. In een niet-acute toestand dient echter toch wel altijd met de patiënt te worden ingegaan op de variabiliteit van de diagnose, op de mogelijkheid van de invloeden, die zowel fysieke als psychosociale factoren op ziekte en symptomen uitoefenen. Herkenning van een relatie tussen deze factoren moet echter aan de patiënt worden gelaten.”

Van de Lisdonk kiest voor een beleid, waarin bij (verdenking op) ulcus duodeni, primair gedurende een week antacida worden voorgeschreven, als er tenminste geen alarmerende symptomen, die op een complicatie kunnen wijzen, zijn. In de praktijk is het oordeel niet eenvoudig aan geneeskundige criteria af te meten. Daarom beperkt Van de Lisdonk zich tot een voorlopig oordeel: hij vermoedt een ulcus, geeft richtlijnen aan de patiënt hoe te handelen, laat de patiënt na een week terugkomen en vraagt dan de patiënt of het regime heeft bijgedragen aan de oplossing van het probleem. Het blijft dan onzeker of een eventueel aanwezig geneeskundig probleem tot genezing is gebracht. Die onzekerheid kan hij plaatsen en rechtvaardigen tegen de achtergrond van zijn kennis van de medisch-predictieve betekenis van het ulcus en haar waarde.

#### **IV.5.3 Niet-geneeskundige problemen.**

“Na ulcus en galstenen is een hernia diafragmatica het meest frequent aansprakelijk voor bovenbuikklachten.” Er klinkt een zekere behoedzaamheid door in deze woorden van Hellemans. “Veel mensen met hiatus hernia hebben hiervan geen last; de afwijking wordt dan toevallig ontdekt bij röntgenologisch onderzoek voor een andere afwijking... De klachten zijn meestal gering ... Hernia diafragmatica gaat vaak gepaard met andere aandoeningen, bijvoorbeeld met galstenen in 18%, met een ulcus

van de maag of twaalfvingerige darm in 13%, ook herhaaldelijk met divertikels van de dikke darm. Een nauwkeurige anamnese is nodig om te bepalen welke van de gevonden afwijkingen verantwoordelijk is voor de klachten." Een hernia diafragmatica aansprakelijk stellen voor bovenbuikklasten lijkt een dubieuze zaak. Over de predictieve betekenis van de hernia diafragmatica, of er spontane genezing kan optreden, of de hernia progressief is, of dat het hier gaat om een stabiele anatomische afwijking, daarover meldt Hellemans niets.

Dekker is in zijn commentaar op het artikel in *Patient Care* van mening dat de waarde van een sliding hernia als oorzaak van klachten wordt overschat. Hij komt tot de conclusie: "A hiatus hernia is not an illness; it is an anatomic condition," een afwijking die in anatomische termen is te beschrijven, maar die niet tot een zodanig begrip van klachten voert dat op grond daarvan een voorspelling in termen van geneeskundige criteria mogelijk is, of het moest al zijn dat de waarde van de predictieve betekenis van de hiatus hernia nul is.<sup>17</sup>

Hellemans wijdt een aparte paragraaf aan niet-medische problemen onder de titel "Klachten zonder aantoonbaar somatisch substraat."<sup>18</sup>

"Bij patiënten met functionele stoornissen worden geen afwijkingen aan de organen aangetoond ondanks optimaal gebruik van de middelen, die thans voor de diagnostiek ter beschikking staan." Hellemans schat de frequentie van functionele maag-darm-klachten op ongeveer 50%. Wat te doen als men meent met een niet-geneeskundig probleem te doen te hebben?

Dan moet de arts pen en papier terzijde schuiven, en met geduld en empathie gaan zitten luisteren naar de patiënt. Hij moet de patiënt vertellen dat er geen ernstige aandoening is gevonden; dat er sprake is van een functie- of "bedrijfs"-stoornis. Met een eenvoudige goede raad kan de arts de patiënt soms de weg wijzen uit een conflictsituatie. Als dat niet voldoende helpt aarzele de arts niet maatschappelijk werker, psycholoog of psychiater in te schakelen.

Hellemans schrijft soms symptomatische therapie voor, "analoog aan die bij de organische ziekten met overeenkomstige symptomatologie." Maar dan verstrikt hij zich in paradox handelen: met metoclopramide bestrijdt hij "ontledigingsstoornissen van de maag," maar welke klachten met deze "functiestoornis" verklaard kunnen worden en hoe deze te verklaren (de term komt alleen op deze plaats in zijn hoofdstuk voor) en te constateren, daarover worden we niet wijzer. En het advies om vrouwen met functionele klachten die latent ijzergebrek hebben als symptomatische therapie een langdurige ijzertherapie te geven, is even-

17. Patient Care 1977.

18. Hellemans 1978, blz. 403-405.



zeer paradox: nergens in Den Ottolander is te vinden wat latent ijzergebrek is en hoe het te constateren is. En dat ijzerpreparaten maagklachten kunnen veróorzaken, vermeldt Hellemans niet.

“Het voorschrijven van tranquillizers kan praktisch zijn, zowel als ondersteuning van een gesprekstherapie, als in die gevallen, waarin de arts of de patiënt (voorlopig of blijvend) wil afzien van een therapeutische benadering op psycho-social gebied” schrijft Cornelissen.<sup>19</sup> Maar het gaat bij niet-geneeskundig problemen niet om de medicamenteuze therapie:

“Bij de patiënt met “niet-specifieke” maagklachten kan soms worden volstaan met het voorschrijven van een licht verteerbaar dieet, eventueel aangevuld met antacida. Het contact met de arts kan daarbij overigens therapeutischer werken dan zijn voorschriften! Vaak sluiten patiënt en arts daarbij min of meer onbewust een overeenkomst dat het zò best goed gaat. Men zij erop bedacht dat het effect van deze eenvoudige maatregelen dikwijls onvoldoende zal blijken.”

“Min of meer onbewust” voeren arts en patiënt overleg over de criteria waaraan zij het effect van het handelen zullen beoordelen. “Structuren om de relatie tussen arts en patiënt en de omgeving kunnen ertoe leiden dat overmatige betekenis wordt toegekend aan medicamenteuze therapie, dieet of leefregelvoorschriften”<sup>19</sup> schrijft Cornelissen.

Zeker, Cornelissen is bereid tot medisch ingrijpen bij niet-geneeskundige problemen, maar hij onthoudt zich van een oordeel als het probleem geen geneeskundig probleem blijkt.

## SLOTSOM

Zowel wat Cornelissen over het handelen van de huisarts bij maagklachten schrijft, als wat Van de Lisdonk meedeelt over het handelen van de huisarts bij de maagzweer blijkt te voldoen aan de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is: beiden maken onderscheid tussen geneeskundige en niet-geneeskundige problemen en geven antwoord op de vraag of medisch ingrijpen gemeten aan geneeskundige criteria kan bijdragen aan de oplossing van geneeskundige problemen; en beiden onthouden zich van een uitspraak over de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van niet-geneeskundige problemen. Zij achten zich alleen dan in staat tot een antwoord op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat gezondheidsprobleem als een geneeskundig probleem begrepen kan worden. Of hun handelwijze op onderzoek berust waaruit blijkt dat handelen op basis van een geneeskundig oordeel zich gunstig onderscheidt van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust zal in hoofdstuk VI worden onderzocht.

19. Cornelissen 1977.



## **V RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK: geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts in de opvattingen van beroepsorganisaties.\***

### **V.1 GENEESKUNDIGE OORDEELSVORMING DOOR DE HUISARTS: DE NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TER BEVORDERING DER GENEESKUNST (1e HELFT VAN DEZE EEUW)**

In 1900 hield de toenmalige voorzitter van de Maatschappij, M.W. Pijnappel (ca. 1855-1921) ter gelegenheid van de Algemene Vergadering, een rede waarin hij geïmponeerd door de resultaten van met name de chirurgie, het verdwijnen voorspelt van de "gewone practicus."<sup>1</sup> Hierover ontwikkelt zich in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een levendige discussie.

Er wordt een bijdrage opgenomen van een Zwitserse hoogleraar Müller, die in de huisarts en in de in alle richtingen werkzame en degelijke dorpsdokter, die geheel op zichzelf moet vertrouwen, het ideaal van de geneeskundige ziet.<sup>2</sup> De Utrechtse huisarts P.W. Onnen (1843-1917) laat een dergelijk geluid horen:

"De taak van de huisarts is principieel een andere dan die van de specialist. Is het oog van de laatste voornamelijk gericht op details, de huisarts heeft meer zijn aandacht te wijden aan de zieke mens als geheel genomen in verband met zijn omgeving, levensomstandigheden, enzovoort. Als regel bezoekt hij zijn patiënt dan ook in diens eigen omgeving, terwijl de specialist hem laat komen op diens spreekuur. Zonder dat één van beiden het andere mag verwaarlozen, staat het organisme op de voorgrond bij de huisarts, het orgaan bij de specialist."

Onnen is van mening dat het de taak is van de huisarts de mens als één ondeelbaar geheel te zien.<sup>3</sup> Om die taak goed te kunnen vervullen moet de

\*Voor verantwoording van in dit hoofdstuk gebruikte literatuur: zie III.4 blz. 65.

De bij dit hoofdstuk behorende literatuurlijst is te vinden op blz. 172 Litteratuur voorzien van \* is te vinden in de algemene literatuurlijst op blz. 162.

1. Pijnappel 1900.
2. Müller 1900.
3. Onnen 1900.

huisarts-internist zijn patiënten kennen, ook wanneer zij gezond zijn. Hij behoort te weten wat hun zwakke zijde is, hun *pars minoris resistentiae*; hij moet hun klachten op de rechte waarde weten te schatten; hij moet functionele stoornissen in verband brengen met de hele persoonlijkheid van zijn patiënt, met diens levensomstandigheden, draagkracht, enzovoort. Hij moet de specialist te hulp roepen wanneer hij overtuigd is — of zelfs de mogelijkheid vermoedt — dat een speciale behandeling van de één of andere orgaangroep de verloren evenwichtstoestand zal herstellen.

“Aldus opgevat zij de huisarts meer hygiënist dan therapeut, want laat het ons eerlijk bekennen, ons arsenaal van *pharmaca* in de engere zin is arm aan krachtige wapenen. In de kunst van het genezen moeten wij in vele gevallen de vlag strijken voor onze collega’s, de specialisten.” Maar juist dankzij de ontwikkeling der specialisten houdt de huisarts tijd over voor de hygiënische behandeling, liever nog leiding, van zijn patiënt.

“Wij zien veel treurigheid” schrijft Onnen. Het blijft stuitend dat we onze belangstelling moeten omzetten in klinkende munt. Dat is vooral vervelend bij de “melkkoetjes”, de nerveuze dames, die onder behandeling van een dokter willen zijn. We moeten dergelijke lieden zeggen dat het vermijden van doktersbezoek hun belang is, niet het zoeken ervan.

De overwegingen om de “melkkoetjes” te blijven bezoeken, zijn van financiële aard: “Wij zijn verplicht al onze kennis, onze hartelijkheid, onze toewijding, onze tijd, om te zetten in klinkende munt willen wij niet gaan behoren tot het wetenschappelijk proletariaat.” Want naast visitatierijden, moeten we tijd overhouden voor het eigen gezin, voor eigen studie, voor laboratoriumonderzoek, voor het bijhouden van het patiëntenregister en het deelnemen aan zaken van algemeen maatschappelijk belang.

Onnen maakt onderscheid tussen oplosbare en onoplosbare problemen; oplosbare problemen moeten verwezen worden naar de specialist, want die is in staat tot effectieve geneeskunde. Aan welk criterium hij beoordeelt of de specialist bijdraagt aan de oplossing van problemen, vermeldt hij niet. En of hygiënische leiding van de patiënt, die Onnen als de belangrijkste taak ziet van de huisarts op een geneeskundig oordeel kan berusten, wordt evenmin duidelijk. Maar wel lezen we bij hem dat het handelen van artsen niet altijd het belang van de patiënt, soms alleen het eigen belang van de arts dient.

Heel anders ligt dat bij de Dordtse huisarts A.C. van Bruggen (1864-1924). Hij schrijft dat hij zich stem maakt van vele collega’s en van het beschaafde publiek.<sup>4</sup> Welke moet de houding zijn van geneeskundigen tegenover specialisten?

Van Bruggen is van mening dat er meer specialisten moeten komen: de arts moet zichzelf beperken en zijn grenzen afpalen want de kennis is

4. Van Bruggen 1901.

sterk in omvang toegenomen en teveel geworden voor één man om te beheersen. Zolang door allerlei omstandigheden de mogelijkheid bestaat dat de medicus zich vergist, moet het de patiënt gemakkelijk gemaakt worden een andere arts te raadplegen; misschien is de patiënt het vertrouwen in de arts kwijt, of kan die andere arts inderdaad de patiënt genezen. Want dat alle artsen gelijk zouden zijn in kunde, berust op een vooroordeel. De patiënt wil tot iedere prijs genezen worden, daarom hoeft de goede medicus niet goedkoop te zijn. Het probleem dat de patiënt zijn huisarts voorlegt, lijkt Van Bruggen als koopwaar te beschouwen: het oordeel van de huisarts is onbetrouwbaar, en niet reproduceerbaar, laat de patiënt zelf maar oordelen welke dokter een bijdrage kan leveren aan de oplossing van zijn probleem. Er is slechts "trial and error": het oordeel is aan de patiënt.

In het belang van het publiek is een groot aantal geneeskundigen gewenst, met verdeling van arbeid, een niet te drukke praktijk, veel vrije tijd voor studie en ontspanning, en een flink inkomen dat de arts in staat stelt een gezin te onderhouden, een flinke levensverzekering af te sluiten, voor de oude dag te zorgen, zijn kinderen te laten studeren en zich jaarlijks enige weken vakantie te veroorloven, schrijft Van Bruggen. Om zijn werk goed te kunnen doen heeft de arts een goed inkomen nodig. Maar dat werk kan niet berusten op een geneeskundig oordeel!

"Na vorenvermelde uitlatingen van deze twee — vooraanstaande — personen uit de geneeskundige wereld van die dagen (Festen doelt hier op Onnen en Van Bruggen) bleef de discussie over de toekomstige plaats van de huisarts in de gezondheidszorg voortduren. Hoewel telkens opnieuw bleek dat een groot aantal vooraanstaande geneeskundigen van mening was dat de toekomst van de geneeskunst volledig lag in de ontwikkeling van de orgaanspecialismen, waarbij men de huisarts eigenlijk zou kunnen missen, werd in alle officiële redevoeringen en artikelen over dit vraagstuk aan de huisarts een belangrijke, zo niet de belangrijkste, plaats in de gezondheidszorg ingeruimd, zij het ook met een taak, die meer in de richting ging van activiteiten op het terrein van hygiëne en de preventie, terwijl hij — naar men meende — bij het verzorgen van de zieke mens de begeleider behoorde te zijn naar de juiste specialist."<sup>5</sup>

Om zijn mening te staven citeert Festen de Utrechtse hoogleraar R. Hornstra (1898-1973):

"Het is met de huisarts eigenaardig gesteld. Er wordt veel over hem gesproken en hij is zelfs in zekere zin in opspraak. Hij wordt geprezen als de spil van de geneeskundige zorg, maar ontvangt niet de overeen-

komstige waardering. De pion wordt door de grote stukken van het schaakbord zeer waardeerend behandeld vanwege zijn belang voor het spel als geheel, maar zijn plaats en functie worden zo gedecreteerd, dat de grote stukken hun taak kunnen vervullen. Zijn rol wordt als bescheiden gewaardeerd maar als hoofdrol geannonceerd. Ten opzichte van hem wordt veel lippendienst gepleegd.”<sup>6</sup>

Festen baseert zijn conclusie op een viertal redevoeringen van voorzitters van de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst tijdens de algemene vergadering: N. van Rijnberk (1845-ca. 1926), H. Burger (1864-1957), H. Klinkert (1847-1930), die hij zonder nadere motivering het prototype van de Nederlandse huisarts noemt en L.C. Kersbergen (1873-1958).

Van Rijnberk zegt in 1913, het jaar, waarin de ziekwet van Talma werd aangenomen door de Tweede Kamer:

“Sinds het publiek heeft ervaren dat het voor hinder van de maag bij de maagarts, voor de hoest bij de longspecialist en voor gezichtsstoornissen bij de oogarts raad kan gaan halen zonder enige verdere verbinding, is het nu de geneeskundigen meer dan vroeger gaan zien als personen bij wie men iets koopt, waarvoor men, ik zal het maar in het Engels zeggen, een fee neerlegt (of vergeet neer te leggen, wat ook wel eens kan voorkomen).”<sup>7</sup>

Hij spreekt de vrees uit dat steeds meer artsen — nu al 80%, schat hij — “geldelijk en dus ook zedelijk” aan het ziekenfonds gebonden zullen zijn. Vroeger was het regel “... dat de “dokter” als huisarts, ja beter als gezinsarts fungeerde en in geestelijke soms niet minder dan in lichamelijke nood als raadgever optrad. Toen was de geneesheer met vaste, zich soms over verscheidene geslachten uitstrekkende banden aan de gezonde, zowel als aan de zieke leden van talrijke gezinnen verbonden.” Maar nu alleen nog materiële waarden worden erkend, is “huisarts” vervangen door “specialist” en “busdokter”. De vrees lijkt gewettigd dat de verhoudingen voor de busdokter ongunstiger zullen komen te liggen: maatschappelijk door te gering loon, zedelijk als het fonds primair uit is op winst en lichamelijk en geestelijk door overwerk en uitputting. Van Rijnberk spreekt zijn zorgen uit over de materiële positie van de huisarts, en mijmert over de goede oude huisarts van weleer. Van geneeskundige zorg vinden we bij Van Rijnberk geen spoor.

6. Hornstra 1954. Hornstra was hoogleraar sociale geneeskunde te Utrecht. Hij heeft veel gedaan voor de introductie van de huisartsgeneeskunde in de medische faculteit. Het is mede aan zijn inspanningen te danken dat in 1966 de eerste leerstoel huisartsgeneeskunde in Utrecht kon worden ingesteld. Verschillende huisartsen zijn bij hem gepromoveerd, o.a. Hogerzeil 1954\*, Ruhe 1957\* en Bremer 1964\*.

7. Van Rijnberk 1913.

Burger<sup>8</sup> spreekt in 1919 over de dubbelrol die de Maatschappij te vervullen heeft: enerzijds vakbelangen van artsen behartigen, anderzijds de geneeskundige verzorging van het volk voor ogen houden. Dat vloeit voort uit het bijzondere vak van geneesheer; en hij schetst het beeld van de persoonlijke dokter "...dat toch vooral van toepassing is op de huisarts." Hij gelooft niet dat de huisarts zal verdwijnen, zoals sommigen menen:

"Het geneeskundig specialisme is een kind van de moderne techniek. De meest gezochte specialist is hij, die de wonderbaarlijk verfijnde onderzoeks- en behandelingswijzen met de meeste vaardigheid hanteert. De meest gezochte huisarts was te allen tijde en zal ook immer zijn, de man wiens innerlijke goedheid uitstraalt tot in de harten zijner patiënten."

Maar ook is de huisarts verplicht ontwikkelingen op het wijde veld van geneeskunde te volgen:

"Met zulk een kijk op het gehele gebied blijft de kundige huisarts voor menig patiënt een onbetaalbaar raadsman, die de aanwijzingen der specialisten aan andere dan louter technische maatstaven weet te toetsen, die goede raad ondersteunt, die afhoudt van ongewenste behandelingen, en die zo menigmaal het evenwicht kan herstellen, verstoord door tegenstrijdige uitspraken of door de onmenskundige mededeling van een ongunstige prognose."

Burger beschrijft de huisarts als een wijze man, die de adviezen van de specialist juist niet aan geneeskundige criteria beoordeelt. Van geneeskundige oordeelsvorming is bij Burger geen sprake. Dan Klinkert; hij betoogt met kracht van argumenten dat de huisarts nodig is voor een goede geneeskundige verzorging van ons volk.

Klinkert<sup>9</sup> stelt zich in 1922 de vraag: heeft de huisarts, gezien de steeds toenemende differentiëring der geneeskunst in specialismen, nog wel reden van bestaan?

"Non omnes omnia possumus. De verantwoordelijkheid van de huisdokter wordt steeds groter.

Is het niet beschamend dat de oogarts u mededeelt dat uw patiënt, wien gij een pyramidon-poeder voorschrijft omdat hij over hoofdpijn klaagt, lijdt aan glaucoom? of als de maagspecialist bij een meisje, dat gij wegens hardnekkig regurgiteren van voedsel voor een hysterica verslijt, een dilatatie van de slokdarm vaststelt tengevolge van cardio-spasmus? of als de hartspecialist omtrent uw patiënt, bij wie gij een onregelmatige pols hebt ontdekt en wien gij in vertrouwen hebt

8. Burger 1919.

9. Klinkert 1922.

medegedeeld dat zijn hart niet in orde is, u zegt: waarde collega, het hart van uw patiënt is gezond, het is een onschuldige systolie? Hebben wij recht om boos te worden als wij op de vingers worden getikt?"

Klinkert maakt onderscheid tussen geneeskundige en niet-geneeskundige problemen — glaucoom bedreigt de functie van het oog; een onschuldige systolie is een functie-anomalie, waarvan de waarde van de predictieve betekenis nul is. Als er sprake is van een geneeskundig probleem oordeelt hij over mogelijk medisch ingrijpen voor de oplossing van het probleem.

"Een patiënt met hardnekkige urticaria wordt specialistisch zonder succes behandeld et pour cause: hij lijdt aan hypertrofische levercirrhose. Een tweede met huidjeuk, idem in goud gezet: het is een beginnend granuloma malignum. Een derde met doofheid en oorsuizen wordt lege artis gepollitserd (sit venia verbo), zij lijdt aan beginnend myxoedeem, en geneest van haar doofheid door thyreoidtabletten. Een vierde, een jonge vrouw, ligt met hoge temperatuur te bed, zij is iets gevoelig in de streek van McBurney en klaagt over vage pijnen in de leverstreek: de chirurg-specialist stelt de diagnose: multi-pele leverabcessen ten gevolge van appendicitis. Zij klaagt, dat zij niet meer goed kan zien, de ophthalmoloog acht een proces in de schedelholte achter het oog waarschijnlijk; nu kan zij niet meer horen, de otoloog kan er geen vers van maken, hem kwam nog nooit zulk een geval voor, de internist raakt in de war en begint aan de faculteit te twijfelen. Hij vindt een rustige pols, en veroorlooft zich de temperatuur rectaal op te meten en vindt deze normaal. Het raadsel is opgelost, het is een hysterica in optima forma. Ut aliquid fiat heeft de chirurg op aanhoudend aandringen van de patiënte tenslotte de appendix weggenomen, die naar ik hoop een weinig vergroeid was. Hiermede eindigt dit komisch drama.

Meent gij, dat ik hiermede de grote betekenis der specialisering verkleinen wil? Gij vergist u deerlijk, het is alleen een vriendelijk vermaan aan mijn hooggeachte collega, die zegt, dat de huisartsen zoetjes aan uit de wereld verdwijnen moeten. Wij moeten niet verdwijnen en wij willen niet verdwijnen en dat niet om onszelf, maar omdat wij voor een goede geneeskundige verzorging van ons volk noodzakelijk zijn."

Als de specialist medisch ingrijpt zonder dat er sprake is van een geneeskundig probleem dan is dat paradox medisch ingrijpen: dat te voorkomen acht Klinkert een functie van de huisarts; de specialist die slechts een deel van het vakgebied overziet kan daartoe niet in staat geacht worden. Een niet-geneeskundig probleem niet voor een geneeskundig probleem verslijten, maar evenmin een geneeskundig probleem ten onrechte voor een niet-geneeskundig probleem houden, ook daarvoor

waarschuwt Klinkert de huisarts; daartoe moet de huisarts — de internist zegt Klinkert, evenals Onnen, soms — de algemene geneeskunde beheersen.

Klinkert pleit voor een huisarts die eenvoudige methoden van onderzoek zelf beheerst, de oog- en oorspiegel kan hanteren, eenvoudig bloed- en maagonderzoek, bloeddrukmeting en lumbaalpunctie zelf kan uitvoeren, een huisarts die weet van de gevaren die overdadig gebruik van moderne onderzoeksmethoden in zich bergen:

“Kent gij het aardige verhaal van MacKenzie, dien een zestigjarige man, die zich nog krachtig voelt, komt raadplegen wegens vage klachten over pijnen in het bovenste gedeelte van de buik en in de borst? Een met veel zorg opgenomen anamnese, gepaard met fysisch onderzoek leert hem, dat er geen orgaan-afwijkingen aantoonbaar zijn, behalve enkele seniele veranderingen. Hij stelt voor zich de diagnose: angina pectoris en raadt hem een rustiger levenswijze aan, omdat hij een dagje ouder wordt, en zijn hart ietwat sparen moet. Zulk een uitspraak vindt de man belachelijk, iets wat vooral bij het sterkere geslacht voorkomt. Door een vriend daartoe aangeraden reist hij naar Duitsland, waar hij gedurende vijf dagen met alle denkbare methoden wordt onderzocht. Niets wordt hem gespaard. Bijna de gehele dag is hij bezet ... Het eindoordeel is: uw hart is gezond, wij hebben niets kunnen ontdekken. er is alleen een stoornis in de stofwisseling. Een speciaal dieet en gij zijt genezen.”

“Verrukt over zulk een wetenschappelijk onderzoek keert hij naar zijn huisgoden terug. Twee jaar later komt hij bij MacKenzie, brommend dat het dieet niets heeft geholpen en dat hij erger is geworden. MacKenzie neemt hem in genade weer aan, maar meesmuilt over deze pseudo-wetenschap.

Hij dringt aan op wat hij noemt: simplification of medicine. Uit de mond van deze voortreffelijke man, met Wenckebach behorend tot de pioniers die door aanwending der grafische methoden een helder licht geworpen hebben op het wezen der pols-arhythmieën, is zulk een uitspraak van betekenis, en zij steekt een hart onder de riem van ons medici practici, die zich onzeker gaan voelen als wij deze methoden niet beheersen.”

“A heart is what a heart can do” was één van de stelregels van MacKenzie, ondanks ruisjes, souffles en irregulaire hartactie. En zelfs vroeg hij zich een keer af wat het effect van de ontdekking van de stethoscoop was geweest, in aanmerking genomen de vele duizenden die dankzij de stethoscoop invalide waren verklaard.

Iedere nieuwkomer in het Mount Vernon Hospital in Londen, waar hij staflid was, vroeg hij “Wat doe je met iemand met angina pectoris?”

Steevast was het antwoord “bedrust”, maar MacKenzie was van mening dat alles toegestaan was, als het maar geen pijn veroorzaakte.

“You say my heart isn't 100 percent normal, Dr. MacKenzie? What then in the way



of exercise shall I be allowed to take when I go home?" the patient would ask. "How old are you, man?" would be the answer. "Fifty-five? Well, if you don't know, at that age, what you can do or can't do, you're a fool! Neither I nor any other doctor can tell you. You alone know, or will know. If you become unduly short of breath, or get pain in the chest on effort, you can leave off doing what you happened to be doing at the time, and in the future without anyone telling you. Otherwise, carry on living as normal as you can manage. Don't let anyone make an invalid out of you if you can possibly help it!"<sup>10</sup>

Altijd zijn er twee factoren in het spel: de feitelijke pathologie van het hart en de gespannenheid (nervous make-up) van de patiënt. MacKenzie beschouwt angina pectoris als een op die leeftijd normaal probleem en niet als een (oplosbaar) geneeskundig probleem: geen enkele arts kan antwoord geven op de vraag welke bijdrage geneeskunde kan leveren aan de oplossing van dat probleem. In 1904 gaat MacKenzie naar Bad Nauheim waar de artsen in vijf, zes weken via weerstandsgymnastiek en baden "hartzwakte", "hartvergroting" en een snelle pols meenden te kunnen genezen. Effect werd gemeten aan verkleining van de hartfiguur bij percussie en vertraging van de pols. Maar MacKenzie wordt niet overtuigd, en in 1908 schrijft hij een vernietigend oordeel in *The British Medical Journal*: "The agencies employed during the process of recovery may be of the most varied description: drugs, baths, exercises, etc.. The cure is attributed to these, whereas, if the actual circumstances are considered, they are but the tinsel and trappings- the real cure has been affected by rest..."

En in een persoonlijke brief aan de geneesheer-directeur van Bad Nauheim voegt MacKenzie er nog aan toe dat de meeste mensen niet de gelegenheid hebben om voor een dergelijke kuur vacantie te nemen. En hij vraagt zich af hoe een dergelijke methode van nut kan zijn.<sup>11</sup> Tegen deze achtergrond moet het verhaal dat Klinkert vertelt gelezen worden.

Klinkert<sup>9</sup> schetst ons in het voetspoor van MacKenzie oordeelsvorming als functie van de huisarts: hij onderscheidt geneeskundige van niet-geneeskundige problemen; als er sprake is van geneeskundige problemen oordeelt hij of geneeskundig handelen kan bijdragen aan de oplossing van het probleem, en hij onthoudt zich van een oordeel over het niet-geneeskundig probleem.

"Er zijn imponderabilia, die in de uitvoering van ons nobile officium vaak meer wegen dan de fijnst gestelde diagnose." Klinkert vervolgt met een verhaal over meester Maarten Vroeg, ons door Jacob Vosmaer beschreven, die een door een professor uit het lood geslagen vrouw weer in balans mag brengen. "Zulke huisdokters mogen niet verdwijnen. Maar mijne heren, willen wij onze positie als huisdokter handhaven, en in aanzien doen toenemen, dan is er meer nodig." De "goede oude huisarts die aan andere dan louter technische maatstaven zijn handelen afmeet" (Burger) moge in de context van het probleem van betekenis zijn, tenslotte draait het om oordeelsvorming als functie van de huisarts.

10. Mair 1973\* blz. 242 e.v.

11. id. blz. 155 e.v.



Kersbergen<sup>12</sup> gaat in 1926 aan oordeelsvorming als functie van de huisarts voorbij:

“De patiënt wenst een specialist te raadplegen. De huisarts eerbiedigt die wens. Hoogstens kan hij mijns inziens als het consult volmaakt overbodig is, uitleggen waarom dat zo is. Wordt het desalniettemin verlangd dan mag de huisarts niet weigeren. De patiënt is immers niet zijn horige! ... Splitsing komt de wetenschap, de techniek, maar ook en vooral de patiënten, voor wie wij er zijn, gelijkelijk ten goede. Allen, zonder onderscheid, hebben recht op de zegeningen van de specialistische behandeling. De huisartsen hebben dat zonder meer te erkennen en te aanvaarden. Zij zullen dus nimmer aan het verlangen ernaar beletselen in de weg mogen leggen. Doen zij dat dan hebben zij geen recht van spreken meer en kunnen zij niet meer de pretentie hebben om door de specialisten in hun rechten te worden geëerbiedigd.”

Kersbergen houdt ons een huisarts voor die zijn taak vooral vindt in de zorg voor de gezonde mens:

“Het allerbelangrijkste is, dat hij de man moet worden, die de preventieve geneeskunde uitoefent, een raadgever op het gebied der individuele gezondheidszorg, een man die de zoveel voorkomende lichte ongesteldheden van lichaam en geest tijdig herkent en cureert. Dit betekent, dat de huisarts zich meer en meer moet gaan bezighouden met het normale en met de kennis van de invloed, die dieet, sport, gemoedsgesteldheid, gedachtensfeer, ontspanning, familie en maatschappelijk bestaan op de gezondheid van het individu hebben.”

Niet met oordeelsvorming, maar met gezondheidsvoorlichting en -opvoeding moet de huisarts zich in de toekomst gaan bezighouden, meent Kersbergen. En zomin als bij Onnen, is het bij Kersbergen uit te maken of de zorg voor de gezonde mens op een geneeskundig oordeel kan berusten.

25 Jaar later pleit Hornstra, sprekend voor de sectie sociale geneeskunde van het ledencongres van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eveneens voor een huisarts, die zijn werkterrein vindt in preventie en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding<sup>13</sup>. De tijd, waarin geneeskunde uitsluitend dacht in termen van causale reeksen van fysische processen, acht hij voorbij. De psychosomatische geneeskunde heeft ons geleerd dat een psychisch moment aan het begin kan staan van “wat Weiszäcker “Leiden” of “der Weg zur Krankheit” noemt. En dit beperkt zich niet tot het begin, maar ook het verloop van deze weg naar de ziekte wordt telkens mede bepaald door

12. Kersbergen 1926.

13. Hornstra 1954.

psychische factoren.” En sprekend over de huisarts, gaat hij verder:

“Veel van zijn patiënten met functionele klachten, met minor maladies, bevinden zich op de hellende weg naar de organische ziekte. Als zijn oog ervoor geopend is, zal hij dikwijls de eerste stap op deze weg meemaken en ook hier geldt: “C’est le premier pas qui coûte.” Hij opereert op die grens tussen gezondheid en ziekte, die in het voorgaande onder het beeld van een weg is voorgesteld. Dit beeld is wel zeer typerend voor veel klachten, waarover het advies van de huisarts wordt gevraagd. Deze weg kan zeer lang zijn, zodat hij feitelijk gedurende het hele leven niet ten einde, naar de organische ziekte, toe doorlopen wordt. We kennen allen van die mensen, die toch niet gezond zijn, maar die we toch ook niet ziek mogen noemen in die zin, die de studieboeken en de geneeskundige praktijk daaraan hechten.”

Hornstra pleit voor inschakeling van de huisarts bij de positieve gezondheidszorg, voor samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker — de laatste is immers ook niet langer uitsluitend goed genoeg om bij allerlei instanties geld los te krijgen, maar met het social case-work krijgt zijn werk een psycho-therapeutische inslag. Hij pleit ook voor samenwerking tussen de huisarts en justitie, onderwijs en bedrijf. De huisarts moet adviezen geven aan gezinnen over woning, bewoning, voeding en kleding, sport en spel en ook op het gebied van de psychohygiëne ligt een taak voor de huisarts. Maar Hornstra constateert zelf dat het een gebied is “dat bij voorkeur bearbeid wordt door niet-geneeskundigen.”

Hornstra ziet zoals dat vanaf het begin van deze eeuw gebeurd is de taak van de huisarts in de zorg voor de gezondheid van de mensen. Dat is iets anders dan dat de huisarts in zijn geneeskundig oordeel rekening moet houden met de context van het probleem, met niet-geneeskundige factoren die van invloed kunnen zijn op het effect van geneeskundig handelen. Hornstra schetst de taak van de huisarts in de zorg voor niet-geneeskundige problemen. Geen wonder dat hij tot de slotsom moet komen dat de realiteit is “... dat de doorsnee huisarts hiervoor geen belangstelling heeft, hiervan geen verstand heeft en hiervoor geen tijd heeft.”

## V.2 GENEESKUNDIGE OORDEELSVORMING DOOR DE HUISARTS: HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP (VANAF 1956)

In een artikel onder de titel “Waarom een NHG?” schrijft Hogerzeil één der oprichters van het genootschap en haar eerste voorzitter:

“Er is een crisis rond de huisarts, des te dringender nu de ziekenfonds-

strijd rond is en de sociale positie verworven (in 1955 waren ziekenfondshonoreringsregelingen voor de huisarts tot stand gekomen): nu moet er ook iets gebeuren om die sociale positie waar te maken. De "goeie ouwerwetse huisarts" is niet meer, maar samen met specialisten, sociaal-geneeskundigen en farmaceutische artsen, de drie groepen die zich sinds 1900 uit de algemene arts hebben afgesplitst, moet de huisarts tot integratie komen. Hij moet het eerste antwoord geven op de vragen van de patiënt. Is hij daartoe in staat? Juist om de wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunst door huisartsen te bevorderen is het NHG opgericht."<sup>14</sup>

In hetzelfde jaar 1956 spreekt Huygen, één van de oprichters van het genootschap, het ledencongres van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst toe over "De huisarts en de wetenschap." "Mijn opdracht was te spreken over sociale problemen in de huisartspraktijk, welnu, ik heb als sociaal probleem de huisarts zelf genomen," zo begint Huygen zijn voordracht. Het probleem is dat de huisarts — de "backbone of the profession", de spil van de gezondheidszorg noemt men hem, schrijft Huygen — graag gepasseerd wordt, dat hij ergens tekort schiet en zelf minder vreugde in zijn werk beleeft. De huisarts dient notie te hebben van hulpverleningsmogelijkheden op alle terreinen. Maar het is niet het tekort aan kennis, waar het de huisarts aan schort, er is een gebrek aan interesse, aan een wetenschappelijke wijze van denken, gebrek aan denken überhaupt. Het is moeilijk de routine erin te houden, steeds dezelfde doodgewone dingen te blijven doen. Waarom is dat moeilijk?

1. Omdat men zo vaak niets vindt. 2. Omdat de huisartspraktijk een eenmanszaakje is. 3. Omdat de huisarts dichtbij en onbeschermd tegenover zijn patiënt staat, waardoor persoonlijke factoren, sympathiën en antipathiën een grote invloed kunnen uitoefenen. 4. Door alle zeuren die ons wrevelig maken en onmachtig, voelen we ons overladen met werk. 5. Hoewel de ziekenfondsen niet ideaal zijn vormen ze geen belangrijke oorzaak van de problemen.

"Bij mijn overpeinzingen over de oorzaken van de daling van het wetenschappelijk peil van de huisarts, ben ik tot de conclusie gekomen dat de belangrijkste oorzaak hiervan gelegen is in het feit dat de huisarts aan zichzelf twijfelt. De huisarts lijdt — om een diagnose te stellen — aan een typisch insufficiëntiegevoel." Ter staving van zijn opvattingen verwijst hij naar een rapport over Engelse huisartsen en naar het artikel van Hornstra dat ik hierboven aanhaalde. Als oorzaak van het één en ander noemt Huygen "emotionele verwaarlozing": de opleiders zijn de specialisten die de huisartspraktijk niet kennen en suggereren dat alleen in

14. Hogerzeil 1956.

ziekenhuizen gezondheidszorg in optima forma kan worden bedreven. Bovendien betekent uit de collegezalen de huisartspraktijk binnenstappen geconfronteerd worden met een geheel ander morbiditeitspatroon; ineens wordt een gebrek aan inzicht in de medicamenteuze therapie zichtbaar en men weet zich geen houding te geven tegenover patiënten. De huisarts-geneeskunde heeft geen eigen ontwikkeling doorgemaakt, heeft zich slechts aan de ontwikkeling van specialismen van het ziekenhuiswezen en van de sociale geneeskunde aangepast. Hij formuleert dan de taak van de huisarts als volgt: "De beoefening van een continue integrale en persoonlijke geneeskunde voor de mens in zijn eigen omgeving."<sup>15</sup>

In het verlengde van de taakomschrijving van Huygen ligt de befaamde formulering van de functie van de huisarts, gegeven tijdens de conferentie van Woudschoten in 1959<sup>16</sup>:

"Het Nederlands Huisartsen Genootschap ziet de functie van de huisarts als het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen.

Het ziet deze zorg als het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (curatief, revaliderend, preventief)."

Deze formulering is veel breder dan die van Huygen, niet het beoefenen van geneeskunde, maar zorg voor de gezondheid is de functie van de huisarts volgens het *Woudschoten-rapport*.

"Het is duidelijk dat hiermede een ideaal is gesteld, maar tevens dat de huisarts hiermede een verantwoordelijkheid aanvaardt, waaronder hij dreigt te bezwijken.

. . . . .

Door het grote aantal patiënten dat dagelijks de huisarts consulteert of door hem wordt bezocht, is het hem onmogelijk iedere patiënt aan een grondig algemeen lichamelijk onderzoek te onderwerpen. Op grond van de gegevens die de anamnese heeft opgeleverd, en op grond van de kennis welke de huisarts omtrent zijn patiënt door vroegere behandelingen bezit, zal de huisarts steeds weer moeten kiezen tussen een algemeen lichamelijk onderzoek en een plaatselijk of een gericht onderzoek."<sup>16</sup>

Somatisch, psychisch en sociaal onderzoek kunnen niet los van elkaar worden gezien. In deeltaak III "Psychisch onderzoek en milieuonderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnesetechniek onmisbaar is" komen de laatste twee vormen van onderzoek aan de

15. Huygen 1956.

16. Vroege 1966.

orde. Voor het psychisch onderzoek wordt gewezen op de psychosomatische werkgroepen, op het werk van Rogers (counseling), Balint en Weyel en op de Nijmeegse status voor sociale gezinsdiagnostiek. Aan gesprekstechniek wordt in de opleiding tot arts te weinig aandacht besteed: de maatschappelijk werker is in dit opzicht beter opgeleid dan de huisarts. "Het sociale onderzoek in de huisartspraktijk heeft zelfs het experimentele stadium nog nauwelijks bereikt . . . Helaas is de kennis van de gezinssociologie nog niet in een voor de huisarts hanteerbare vorm beschikbaar."

Om de voor deze deeltaak benodigde kennis te verwerven moet de arts de grenzen van zijn eigen faculteit overschrijden en bij psychologen, sociologen, maatschappelijk werkers en geestelijken in de leer gaan. Ook op het terrein van psychisch en sociaal onderzoek is volledig onderzoek niet nodig, zelfs onmogelijk.

"Wel is het noodzakelijk dat de huisarts leert letten op bepaalde verschijnselen, die een nader onderzoek in die richting wettigen.

. . .

Voor een integrale benadering van de zieke mens is hij (de huisarts) slecht toegerust. Niet alleen is zijn opleiding hierop niet gericht, maar ook is hierover weinig met zekerheid bekend.

. . .

Bij elke stoornis in zijn gezondheid doet de patiënt primair een beroep op zijn huisarts en verwacht van hem ook prompt hulp te krijgen. De specialist verkeert veelal in een geheel andere situatie: hij ontmoet de patiënt op een tijd en een plaats, welke hem schikken, meestal in de eigen wereld van de specialist, dat is het ziekenhuis of de polikliniek, hij kan rustig de tijd nemen het geval "rond te krijgen", zonder dat van hem direct ingrijpen wordt verwacht. De huisarts staat veel minder vrij tegenover de patiënt, hij ontmoet de patiënt vaak in diens eigen wereld, tijd en plaats zijn door de patiënt bepaald en de huisarts wordt veel minder tijd gegund voor een rustig en objectief onderzoek. Van hem wordt primair hulp verlangd, zijn instelling is dan ook primair therapeutisch."<sup>16</sup>

De huisarts doet zijn best, tracht iedereen te helpen en op alle mogelijke vragen een antwoord te geven, zijn instelling is primair therapeutisch. Maar om niet-geneeskundige kennis op te doen, waarvan overigens de toepasbaarheid nog onvoldoende is bewezen moet de huisarts in de leer bij niet-geneeskundigen. (Het is merkwaardig dat hier met geen woord gerept wordt van het (medisch)specialisme psychiatrie, dat toch zowel in de ideeën van Groen als van Querido een belangrijke rol speelde.) De huisarts heeft te weinig tijd om de geneeskunde op het zelfde

peil uit te oefenen als de specialist. De huisarts acht zichzelf tot oordelen niet in staat.

Er veranderde veel: de Nederlandse huisarts kreeg zijn eigen tijdschrift in 1956 (*Huisarts en Wetenschap*), te beginnen met de Rijksuniversiteit te Utrecht (1966) werden aan alle Universiteiten leerstoelen in de huisarts-geneeskunde ingesteld en in 1973 ging de beroepsopleiding tot huisarts van start. In datzelfde jaar 1973 werd het huisartsenregister ingesteld naar het voorbeeld van de specialistenregisters. De medische studie leidde niet langer op tot "algemeen arts" of huisarts, maar tot "basisarts".

In juli 1975 verschijnt "*Hoe helpt de dokter?*", een rapport van het NHG, samengesteld door een werkgroep bestaande uit vier huisartsen, twee sociologen, een psycholoog, een maatschappelijk werkster en een wijkverpleegster, die de vraag trachtten te beantwoorden of de taak van de huisarts nog steeds zo opgevat kan worden als in het *Woudschoten rapport* verwoord is.

"Door het accent te leggen op de inhoudelijke aspecten van het huisartsenwerk leverde het *Woudschotenrapport* een niet te onderschatten bijdrage aan de verduidelijking van het aandeel van de huisarts in het geheel van de geneeskunde, in die tijd een belangrijk en urgent probleem.

Wat is echter de consequentie van het feit dat bijna uitsluitend over de taken van de huisarts wordt gesproken?

De taken komen voort uit de ontwikkelingen in het vak geneeskunde. De geneeskunde geeft derhalve de grenzen aan van het huisartsenvak. In de ontwikkeling van de geneeskunde voltrekt zich een proces, dat ook bij andere — toegepaste — wetenschappen bestaat, waarbij de toename van het technisch kunnen de doeleinden van de geneeskunde — te — sterk bepaalt. De mogelijkheden van het vak gaan de inhoud van het vak betekenen.

Wanneer in het *Woudschotenrapport* dan ook gesproken wordt over persoonlijke en integrale zorg, dan overschrijdt men de grenzen van de geneeskunde en kan het rapport niet de weg aangeven waarlangs hiermee kan worden gewerkt.

Het probleem is nu dat blijkt dat op talloze vragen waar ondermeer de huisarts mee kan worden geconfronteerd, door de geneeskunde lang niet altijd een antwoord kan worden gegeven, of dat het antwoord dat de geneeskunde kan geven slechts een facet van het aangeboden probleem bestrijkt. Daarnaast zijn andere disciplines zich in toeneemende mate gaan bezighouden met dezelfde klachten en problemen, waarmee ook de huisarts wordt geconfronteerd, zoals maatschappelijke werkers, psychologen, wijkverpleegkundigen en anderen.

Het feit dat de geneeskunde in veel gevallen niet het antwoord of het enige antwoord kan geven op de hulpvraag, maakt dat het van belang

is een methode te ontwikkelen, waarbij vooraf wordt nagegaan of de vraag wel aan de geneeskunde moet worden voorgelegd.”<sup>17</sup>

Als verschillende disciplines zich bezighouden met eenzelfde categorie hulpvragen dan heeft het voordelen daarvoor een gemeenschappelijke wijze van handelen te ontwikkelen, waarin ruimte gelaten wordt voor ieders discipline. “Vanuit deze gedachtengang hebben wij gemeend niet te moeten praten over de inhoud van de taken van de huisarts, maar over de wijze van werken van de huisarts in de samenhang van een eerstelijns samenwerkingsverband.” Achtereenvolgens wordt dan gesproken over “methodisch werken” .... “om te bepalen of de hulpvraag wel binnen de geneeskundige methodiek in engere zin thuis hoort en om een gemeenschappelijke basis te verwerven waarop de verschillende disciplines binnen de eerste lijn kunnen samenwerken en hun eigen specificiteit toch tot uitdrukking kunnen brengen.”

Vervolgens wordt de samenwerking en het persoonlijk functioneren van de hulpverlener aan de orde gesteld. Tenslotte wordt het specifieke karakter van de huisartsgeneeskunde besproken vanuit twee vraagstellingen: wat is het specifieke van de huisartsgeneeskunde binnen het geheel van de eerstelijns en wat kenmerkt de huisartsgeneeskunde binnen het geheel van de geneeskunde?

Wat de huisarts kenmerkt in deze opvatting van huisartsgeneeskunde wordt uitgewerkt in het vervolg op het rapport “*Hoe helpt de dokter?*” dat onder de titel “Methodisch werken” verscheen in *Huisarts en Wetenschap*<sup>18</sup>.

“Wij vinden dat de patiënt in de eerste plaats zelf verantwoordelijk is voor eigen lijf en leven. Hij gaat de hulpverlening aan als gelijkwaardige van de huisarts. Ook als men hierover anders denkt zal men erkennen dat de patiënt buiten de verantwoordelijkheid van de dokter verder leven moet. Dit kan meer gezondheid inhouden als de patiënt niet alleen instemt met de verleende hulp, maar er ook actief aan meewerkt, omdat hij mede de verantwoordelijkheid draagt. Dit betekent dat de hulpverlening een gezamenlijke onderneming is, die de actieve betrokkenheid van de patiënt nodig maakt.”

Dit mondt dan uit in een doelstelling van de hulpverlening, die luidt: openstaan voor alle vragen om hulp.

Hoe de “gelijkwaardigheid” van arts en patiënt kan uitwerken, wordt aan het einde van het rapport “Methodisch werken” aan de hand van een casus uit de praktijk beschreven:

De heer B. bezoekt zijn huisarts en vraagt hem of hij als vakman kan

17. Hoe helpt de dokter, 1975 blz. 4.

18. Holten-Vriesema 1978.



nagaan of de klachten van z'n hart komen. De huisarts doet onderzoek en de conclusie luidt dat dat niet het geval is; het gaat dus om een niet-geneeskundig probleem. De heer B. komt enige tijd later terug met de vraag of de huisarts hem van de pijn af kan helpen: er wordt een X-foto van de cervicale wervelkolom gemaakt. De huisarts "deelt daarbij mee dat — mochten er afwijkingen worden gevonden aan de wervels — de klachten hiermee zouden kunnen samenhangen, maar dat dat lang niet altijd het geval is. Ook dan zouden stressfactoren even belangrijk kunnen zijn als de afwijking."

De foto laat een matige arthrose zien. De huisarts zegt dat hij niet weet of er samenhang bestaat tussen de klachten en de afwijking. Hij legt de patiënt de keus voor: iets doen aan de stress of toch een somatische aanpak, en de patiënt kiest voor het laatste. Na zes weken komt de heer B. weer op 't spreekuur: hij is behandeld en de klachten zijn verdwenen. Een half jaar nadien komt de heer B. opnieuw op het spreekuur van de huisarts en nu vraagt hij direct om een verwijfskaart naar de fysiotherapeut, omdat de klachten zijn teruggekomen.

"Verzekeringstechnisch heeft hij daarvoor de dokter nodig, anders was hij mogelijk op eigen gelegenheid naar de fysiotherapeut gegaan. De huisarts gaat accoord, hoewel hij een alternatief handlingsplan als mogelijkheid inbrengt, dat echter door de patiënt wordt afgewezen ..... Het gevaar zat erin dat de huisarts vanuit zijn referentiekader zou zijn gaan beoordelen wat goed is voor de patiënt en dit op een zodanige manier, dat hij geen ruimte had gelaten voor de keus van de patiënt. Door de keuze van de patiënt te accepteren zonder zijn eigen mening daarbij te verdoezelen, heeft de huisarts alle mogelijkheden voor de patiënt opengehouden en de relatie niet verstoord."

Het is de paradox van het medisch ingrijpen in optima forma: de patiënt meedelen dat de klacht niet in medische termen begrepen kan worden; maar vervolgens wel een "oordeel" geven: de patiënt moet iets doen aan zijn stress om van zijn klachten af te komen. De patiënt houdt er een ander "oordeel" op na, hem lijkt fysiotherapie wel wat. De arts wil wel een handtekening zetten voor fysiotherapie; niet op grond van het feit dat de patiënt vertelt dat hij er beter van denkt te worden (dat kan de arts dan wel niet beoordelen; in ieder geval kan de arts de patiënt op zijn woord geloven) maar mirabile dictu om de relatie met de patiënt niet te verstoren!

De patiënt gaat de hulpverlening niet als gelijkwaardige van de arts aan; deze opvatting berust op een misvatting.

De huisarts beoordeelt een probleem geneeskundig en dat kan de patiënt niet. Kon de patiënt dat wel, dan was geneeskundige oordeelsvorming overbodig. Pas als de arts de patiënt meedeelt dat het probleem een niet (oplosbaar) geneeskundig probleem is, worden arts en patiënt



gelijkwaardig. Oordeelt de arts in dat geval aan andere dan geneeskundige criteria, dan verstrikt hij zich alsnog in paradox handelen zoals de casus illustreert.

“Over het doel van de huisartsgeneeskunde lopen de meningen uiteen. Sommige huisartsen willen de mensen lichamelijk gezond maken en trachten te voorzien in somatische hulp. Anderen willen de mensen niet alleen lichamelijk, maar helemaal gezond maken. Zij streven een ruimere doelstelling na.

Om doelgericht te kunnen werken moet men weten wat men wil. Met andere woorden, er dient gekozen te worden tussen een engere en een ruimere doelstelling voor de huisartsgeneeskunde. Wij kiezen voor de tweede mogelijkheid: huisartsgeneeskunde die meer omvat dan somatische hulp.”

In “*Hoe helpt de dokter?*” staat dat methodisch werken bedoeld is om te bepalen of de hulpvraag wel binnen de geneeskundige methodiek in engere zin thuishoort. In “*Methodisch werken*” lezen we dat de vragen samen met de patiënt worden verhelderd om te kunnen beoordelen welke deskundigheid voor de hulpverlening geboden is. Tenslotte worden somatische criteria als criteria waaraan de arts zijn zorg kan toetsen als te eng afgewezen. De vraag rijst dan wat de deskundigheid van de arts is. In ieder geval niet de verantwoordelijkheid voor geneeskundige zorg. Een antwoord op de vraag of het probleem wel aan de geneeskunde moet worden voorgelegd, dat ons in de inleiding op “*Hoe helpt de dokter?*” wordt aangekondigd, kan het methodisch werken ons niet geven: het werk van de hulpverlener die methodisch werkt, is niet op een geneeskundig oordeel gebaseerd; het leidt tot paradox handelen.

In juli 1977 verschijnt “*De taken van de huisarts*,” een rapport van de commissie “*Takenpakket*” van de Landelijke Huisartsen Vereniging. De specifieke taak van de huisarts binnen de eerste lijn ligt volgens de commissie vooral op medisch terrein.

“In het eerste echelon blijft de huisarts de medewerker, die zeker op therapeutisch gebied zijn of haar hoofdtaak vindt in het medisch aspect van de welzijnszorg, waarbij naast de psychotherapeutische taak, vooral de behandeling van somatische pathologie op de voorgrond dient te staan. Hoewel tegenwoordig tijdens de specifieke beroepsopleiding van de huisarts ook bekwaamheden op psychosociaal gebied worden ontwikkeld, die vooral van nut kunnen zijn voor het onderkennen van stoornissen op dit terrein en die tevens kunnen leiden tot het behandelen van eenvoudige psychosociale stoornissen door de huisarts ligt het zwaartepunt van de opleiding immers in het medische aspect van de welzijnszorg.”<sup>19</sup>

19. De taken van de huisarts 1977.

De huisarts moet uitmaken of een probleem al dan niet een geneeskundig probleem is. Er worden twee voorbeelden gegeven om het voorlopige karakter van de “werkhypothesen” van de huisarts te illustreren (dit ter onderscheid van de “ronde diagnoses” uit de klinische geneeskunde).

Een vrouw, die haar pols in bajonetstand toont heeft een onmiskenbaar geneeskundig probleem: een radiusfractuur die, als hij niet behandeld wordt, tot blijvend verminderde functie van de arm kan leiden; de vrouw verwacht ongetwijfeld een behandeling overeenkomstig het klinisch-medisch model, al het andere is daaraan op dit moment secundair. Maar het klinisch model, geschetst in termen van diagnostiek (anamnese, onderzoek en prognose), therapie en afsluiting van het proces, is in de huisartspraktijk niet zonder meer toepasbaar. Dat blijkt uit het tweede voorbeeld. Een man bezoekt zijn huisarts wegens een sinds enkele weken bestaande hoofdpijn. De voorlopige werkhypothese kan luiden:

“Een man die zich, gezien zijn leeftijd en zijn normen- en waardenstelsel ten aanzien van arbeid bedreigd voelt door een aangekondigde personeelsinkrimping binnen zijn bedrijf, die zich daartegen machteloos voelt en die zich in zijn functioneren (= vechten voor behoud van eigen identiteit en zelfrespect) geremd voelt door hoofdpijn. Of: een man wiens werkhervatting in zijn bedrijf, waar personeelsinkrimping op handen is, na een griep bedreigd wordt door een complicerende sinusitis maxillaris”.

De vraag die de huisarts zich moet stellen, is of de hoofdpijn een geneeskundig probleem vormt (sinusitis maxillaris) of niet.

In bijlage B van het rapport wordt zeer gedetailleerd aangegeven een lijst van “ziekten waarvan de behandeling zelfstandig door de huisarts plaatsvindt en de behandelingswijze”: de sinusitis maxillaris behoort daartoe, de radiusfractuur niet.

Wat moet de huisarts nu volgens dit rapport aan met de hoofdpijn als niet-geneeskundig probleem? In bijlage A-V “Diagnoses die de huisarts zelfstandig kan stellen” vinden we onder psychische stoornissen vermeld “leer-, gedrags-, aanpassings- en relatieproblematiek (ook ten gevolge van arteriosclerose, intoxicaties of postcommotioneel).”

Opnieuw: de huisarts moet uitmaken of een probleem een geneeskundig probleem is, ook als het om psychische stoornissen gaat. In de reeds vermelde bijlage B lezen we: “Daar zij afhankelijk zijn van de opleiding, mogelijkheden en belangstelling van de individuele arts, zijn de grenzen van hoofdtaken en facultatieve taken bij de psychische stoornissen moeilijk aan te geven, mede omdat in het bijzonder bij deze pathologie naast de aard van de stoornis ook de ernst ervan doorslaggevend is.” In concreto worden dan genoemd de medicamenteuze therapie; toepassen

van behandelingsmethoden bij enuresis (veelal met medewerking van de wijkverpleegkundige); gesprekstherapie van een voor toepassing door de huisarts geschikte aard en omvang; en vervolgens de verwijzingen naar de psycholoog, naar het consultatiebureau voor alcohol en drugs, naar maatschappelijk werkende, psychiater, instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, de inschakeling van logopediste en wijkverpleegster, en de indicatiestelling voor abortus provocatus. Is hier nu sprake van paradox handelen? Misschien in het geval van de indicatiestelling voor abortus provocatus. Immers, tenzij het gaat om een abortus op geneeskundige indicatie, moet de ingreep op verzoek van de vrouw verricht worden door een medicus die daartoe bereid is (zie II.4).

“De huisarts is in onze huidige maatschappij al sinds vele decennia een voor ieder vrij en gemakkelijk te bereiken hulpverlener in ruime zin, voor het grootste deel van de bevolking zelfs zonder onmiddellijke financiële consequenties.

Aangezien de inschakeling van eerstelijns werkers op maatschappelijk en psychisch gebied pas veel recenter heeft plaatsgevonden en de bereikbaarheid van deze werkers zowel in tijd als in plaats, door velen als moeilijker wordt ondervonden, is het verklaarbaar dat de huisarts nog een onevenredig groot deel van de eerste opvang van hulpzoekenden voor zijn of haar rekening moet nemen. In verband hiermee bestaat bij sommige mensen zeker de neiging bij sociale, c.q. psychosociale stoornissen een klachtenpatroon te ontwikkelen, dat zich aanvankelijk lijkt te lenen voor hulpverlening door de medische eerstelijns hulpverlener, doch waarvan het bij nader inzien twijfelachtig is of via het medische kanaal de beste hulp kan worden geboden. Bovengenoemde neiging wordt mede in de hand gewerkt door het maatschappelijk nog steeds nauwelijks aanvaardbaar zijn van verzuim bij sociale, c.q. psychosociale stoornissen, in tegenstelling tot het verzuim bij medische stoornissen, hetzij van psychische, hetzij van somatische aard. Verzuim om sociale redenen wordt tot in de hoogste regionen veelal als “ziekteverlof” aangeduid. Ook is wellicht van belang dat de hulp die van de pastor kan worden verwacht, de laatste tijd een kwantitatief geringere rol lijkt te spelen.

De diagnostische taak van de huisarts dient het gehele terrein in de breedte van het somatische, psychische en sociale onwelbevinden te omvatten en zal dus onbeperkt moeten zijn. In tegenstelling hiermee is de therapeutische taak voor de huisarts beperkter; zeker op psychosociaal gebied mag deze taak niet worden overschat. De huisarts zal moeten overwegen of hij de hulpzoekende op dit gebied voor behandeling in bepaalde gevallen niet beter kan verwijzen naar andere, hiertoe beter uitgeruste eerstelijns functionarissen. Deze verwijzing zal aan de patiënt goed gemotiveerd moeten worden voorgesteld, hetgeen bij-

draagt tot de bewustwording bij de patiënt, van de aard van het probleem en van de grenzen van de professie van de huisarts.”<sup>19</sup>

Door zijn vrije toegankelijkheid wordt de huisarts met niet-geneeskundige problemen geconfronteerd. De hulpverleningsmogelijkheden voor niet-geneeskundige problemen zijn nog onvoldoende ingeburgerd; pastorale hulp blijkt aan betekenis te hebben ingeboet. Zo wordt de misschien in het verleden wat al te breed opgevatte taak van de huisarts verklaard en wordt verontschuldigd dat hij zo vaak is ingegaan op oneigenlijke vragen. De commissie meent dat de hoofdtak van de huisarts ligt op het terrein van ziekten en hun behandeling, dat is het terrein van door medici beschreven aandoeningen en normafwijkingen. Dat laat toe uit te maken of een huisarts zijn werk doet zoals onder beroepsgenoten gebruikelijk is. De taak van de huisarts te beperken tot medische problemen, sluit paradox handelen niet uit, maar uit het rapport is niet op te maken dat het inderdaad het geval is. Dat de taakomschrijving aanleiding kan zijn tot een fundamentele discussie over de wettelijke formulering “wat onder beroepsgenoten gebruikelijk is,” zoals in de aanvang van het rapport gesteld wordt, berust op een misvatting. In het rapport wordt opgesomd wat onder het medisch aspect van de welzijnszorg moet worden begrepen, criteria om te beoordelen wat er niet toe behoort, worden niet gegeven.

Deze trend, de zorg voor medische problemen als taak van de huisarts te beschouwen zet zich voort in “*Basistakenpakket van de huisarts*,” een rapport dat in juni 1983 door de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging met algemene stemmen werd aangenomen<sup>20</sup>. “Het is de taak van de huisarts om in principe open te staan voor vragen ongeacht de leeftijd, het geslacht of de levensfase van de patiënt, of de aard van de problematiek, waarbij de *medische deskundigheid* van de huisarts richtinggevend is voor de wijze waarop hij op deze vragen ingaat” zo luidt het in de eerste zogenaamde entreetak.

“Onder taak van de huisarts wil de commissie verstaan: een met elkaar samenhangend geheel van activiteiten, waarmee een huisarts-geneeskundig doel wordt nagestreefd. Dit doel kan rechtstreeks afgeleid zijn van de hulpverlening, dan wel voorwaardescheppend zijn.” Die hulpverlening is gebaseerd op het hulpverleningsproces zoals ontwikkeld in het zogenaamde “methodisch werken”: de hulpverlening gaat uit van de hulpvraag van de patiënt op dezelfde wijze als dat in “*Hoe helpt de dokter*” het geval was. Het zou derhalve licht tot dezelfde paradox hebben kunnen leiden: medisch onderzoek, medisch ingrijpen niet omdat het huisarts-geneeskundig doel is antwoord te geven op de vraag of medisch ingrijpen gemeten aan geneeskundige criteria kan bijdragen aan de oplossing van

19. De taken van de huisarts 1977.

20. Basistakenpakket 1983.

een gezondheidsprobleem, maar omdat de patiënt een medische ingreep van de arts verwacht. Maar in dit rapport wordt aan de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is voldaan; er wordt ook veel aandacht besteed aan de context van het probleem, met name aan de betekenis die de patiënt aan zijn probleem hecht.

“Wat betreft het verzamelen van *somatische gegevens* dient de huisarts te bedenken dat het feit dat hij primair een somatische deskundige is meestal de porte d'entrée vormt voor zijn relatie met de patiënt. De patiënt verwacht van de huisarts dat hij een op zijn vraag aansluitende, medische anamnese afneemt en een medisch onderzoek verricht. Juist het feit dat de huisarts de lichamelijke aspecten van het aangeboden probleem in ogenschouw neemt, biedt hem de gelegenheid ook psychische en sociale factoren bij het gesprek en de werkhypothese te betrekken.

Als de anamnese en het onderzoek zorgvuldig zijn verricht, zal de patiënt het wellicht gemakkelijker accepteren dat ook andere factoren bij het probleem worden betrokken.

De uitgebreidheid van de anamnese en het onderzoek wordt bepaald door de duidelijkheid van de klacht, de voorkennis van de patiënt, en het gezin, het risico voor de patiënt, de duur van de klacht, etc..

Enerzijds moet de huisarts er voor waken niet te veel onderzoek te (laten) verrichten. . . .

Anderzijds moet de huisarts er ook voor waken dat hij niet te weinig doet, d.w.z.: -dat hij belangrijke signalen die wijzen op een organische aandoening onderkent;

-dat hij geen voor de hand liggende verklaring voor de klachten over het hoofd ziet;

-dat hij aansluit bij de hulpvraag van de patiënt.”

De notie van het belang van kennis van de medische predictie ontbreekt niet: de huisarts moet afwachten als hij het niet precies weet of als hij een ziekte vermoedt die gewoonlijk zonder behandeling een goede afloop heeft.

“Vanzelfsprekend mag deze beslissing alleen worden genomen indien een ziekte, waarbij het “doctor's delay” een nadelige invloed heeft, met een grote mate van zekerheid kan worden uitgesloten. De arts dient het ziekteverloop goed te volgen. Het voorlopig afzien van therapie kan gunstig werken op het ziektegedrag van de patiënt. Men leert dat veel klachten van zelf overgaan en dat niet ieder consult behoeft te leiden tot een therapeutisch ingrijpen.”

Onder het hoofdje “medicamenteuze therapie” wordt gesteld dat “in veel gevallen” de medische noodzaak van behandeling voortvloeit uit de aard van de aandoening. Als voorbeelden worden dan genoemd ernstige

hypertensie en pneumonie. Daarnaast wordt gewezen op het gevaar van afhankelijkheid en de mogelijke versterking van de ziekterol als medicatie palliatie ten doel heeft. Dat is onderscheid maken tussen geneeskundige en niet-geneeskundige problemen, stellen dat in bepaalde gevallen geneeskundig handelen mogelijk is, en zich bewust zijn van de risico's van paradox handelen.

In het rapport "*Basistakenpakket van de huisarts*" van de LHV wordt geneeskundige oordeelsvorming als functie van de huisarts beschouwd; de taak van de huisarts is het verlenen van geneeskundige zorg.

### V.3 SLOTSOM

Huisartsen maken zich rond de eeuwwisseling zorgen om hun financiële positie. Wie in financiële zorgen verkeert wordt afhankelijk van zijn patiënten en van het ziekenfonds, zodat hij zijn werk niet meer goed kan verrichten (Van Rijnberk). Geldelijk eigenbelang wordt zelfs herkend als aanleiding tot paradox handelen (Onnen).

"Het NHG kon de wetenschapsbeoefening in haar vaandel schrijven dankzij het feit dat door anderen gezorgd was voor een goede financiële regeling der praktijkvoering. Het is belangrijk zich dit zeer praktische feit te herinneren, voordat men zich laat wegdrijven in idealisme. Ook de huisarts van destijds had een Maslow-natuur, waarbij de fysieke behoeften aan de sociale en culturele waarden voorafgingen."<sup>21</sup>

Huisartsen achtten zich rond de eeuwwisseling niet in staat tot geneeskundige oordeelsvorming. De patiënt moet maar uitmaken door wie hij het best geholpen wordt (Van Bruggen). Dat is dertig jaar later nog zo: de patiënt mogen immers de zegeningen van de specialisatie niet onthouden worden (Kersbergen).

In die tijd acht de specialist de huisarts ook niet meer in staat tot geneeskundige oordeelsvorming, zo bleek in het vorige hoofdstuk: de één is van mening dat de huisarts geen weerstand zal kunnen bieden aan de verleiding om, ten einde raad, bij niet-geneeskundige problemen toch maar operatief ingrijpen te adviseren (Schalij), de ander is van mening dat de huisarts te snel geneigd is om aan te nemen dat een probleem geen geneeskundig probleem is. Uit niets blijkt overigens dat de specialist in deze tijd wel tot geneeskundige oordeelsvorming in staat is. Klinkert geeft de voorbeelden van paradox specialistisch ingrijpen en hij verdedigt de stelling dat het de taak van de huisarts is dat te voorkomen.

Ten tijde van de oprichting van het NHG ziet de Engelse huisarts zichzelf als "the backbone of the profession." In het Nederlands wordt dat tot "de spil van de geneeskundige zorg" (Hornstra), even later zelfs

21. Hogerzeil 1981 b\*.



tot “de spil van de gezondheidszorg” (Huygen). De huisarts is verantwoordelijk voor continue, integrale en persoonlijke geneeskunde (Huygen) en weer even later voor continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van mensen (*Woudschotenrapport*). Het ligt in het verlengde van de hygiënische leiding, die de huisarts aan zijn patiënten moet geven (Onnen) en van de individuele preventie (Kersbergen). In de vijftiger jaren worden deze ideeën theoretisch verankerd in de psychosomatische geneeskunde: de huisarts heeft tot taak bij te dragen aan de oplossing van die niet-geneeskundige problemen, die een verhoogd risico op het ontstaan van geneeskundige problemen met zich brengen. De consequentie daarvan is, zo concludeert men in deze tijd, dat de huisarts zich met andere methoden van problemen oplossen vertrouwd moet maken dan medisch ingrijpen. Daartoe blijken echter anderen — het *Woudschotenrapport* noemt met name de maatschappelijk werker — beter opgeleid dan de huisarts.

Het onderwijs in gesprekstechniek staat in de vijftiger jaren nog in de kinderschoenen, kennis van de sociologie is nog niet in een voor huisartsen bruikbare vorm voorhanden (*Woudschotenrapport*). De realiteit is dat de huisarts er geen verstand van heeft welke problemen hij moet oplossen, en op welke wijze: Hornstra signaleert dat al; de verwickelingen rond “het integrale aanvangsbeeld van de maagzweer” (IV.4.2) vormen er de illustratie van.

In de loop van de jaren, volgend op de oprichting van het NHG, leert de huisarts samen te werken met anderen. Aan het eind van de zeventiger jaren stelt het NHG zich ten doel een methode te ontwerpen waarmee uitgemaakt kan worden of een vraag aan de geneeskunde moet worden voorgelegd of niet (*Hoe helpt de dokter?*). Die vraag wordt niet beantwoord: wie volgens de ontwikkelde methode werkt, blijkt verstrikt te raken in paradox handelen. In 1977 verschijnt een opsomming van wat de huisarts zou moeten beheersen aan kennis en vaardigheden (*De taken van de huisarts*). Die opsomming behelst vooral de herkenning van medische problemen en methoden van medisch ingrijpen. De medische zorg wordt nu als taak voor de huisarts geschetst.

Uit het onderzoek naar wat tot 1977 vanuit beroepsorganisaties is gezegd over het handelen van de huisarts sinds het begin van deze eeuw blijkt dat alleen de voorzitter van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in 1922, H. Klinkert, een beeld schetst van het werk van de huisarts dat op een geneeskundig oordeel is gebaseerd. Ook specialistisch ingrijpen beoordeelt hij op grond van een geneeskundig oordeel; ook specialistisch handelen blijkt paradox te kunnen zijn. Klinkert om deze reden het prototype van de Nederlandse huisarts te noemen, zoals Festen doet, is niet juist: zijn opvattingen vonden geen weerklank. Alle andere geciteerde auteurs achtten de huisarts niet tot het

verlenen van geneeskundige zorg in staat; dat moet hij overlaten aan specialisten. Zijn arbeidsterrein wordt gezien in de zorg voor de gezondheid. Het leidt tot insufficiëtiegevoelens bij de huisarts, omdat hij voor een taak gesteld wordt waarvoor hij onvoldoende is opgeleid; en er zijn op dit terrein anderen werkzaam die een betere opleiding hebben. In *"Hoe helpt de dokter?"* (1975) wordt weliswaar de juiste vraag gesteld — kan geneeskundig handelen bijdragen aan de oplossing van het gezondheidsprobleem of niet? — maar de vraag wordt niet goed uitgewerkt; en het leidt tot paradox handelen. Vanuit de Landelijke Huisartsen Vereniging wordt in 1977 de zorg voor medische problemen als taak van de huisarts aangemerkt (Takenpakket). Het vervolg op dit rapport, *Basistakenpakket*, dat in 1983 verscheen, wijst het verlenen van geneeskundige zorg als taak van de huisarts aan.

Het onderzoek naar geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts in de opvattingen van beroepsorganisaties adstrueert dat alleen dan een antwoord mogelijk is op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat probleem als geneeskundig probleem begrepen kan worden.



## VI. DE ONDERZOEKSRESULTATEN SAMENGEVAT

### VI.1 INLEIDING

In het vierde hoofdstuk is voor een aantal verschillende perioden nagegaan of in literatuur met betrekking tot maagklachten, bedoeld voor huisartsen voldaan is aan de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is. In het vijfde hoofdstuk is, eveneens voor een aantal verschillende perioden, nagegaan of in wat vanuit beroepsorganisaties beweerd is over het handelen van de huisarts voldaan is aan de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is. Als dat niet het geval bleek is onderzocht of dat tot tegenstrijdigheden voerde in de vorm van paradox handelen.

Het onderzoek naar wat binnen beroepsorganisaties over het handelen van de huisarts is gezegd vangt aan rond de eeuwwisseling, omdat toen voor het eerst een discussie werd gevoerd over de functie van de huisarts (Festen 1962).

Het onderzoek naar het handelen van de huisarts bij maagklachten is uitgevoerd rond 1980, na de invoering van het huisartsenregister (1973); rond 1960, na de oprichting van het NHG (1956); rond 1930, toen de specialistenregistratie tot stand kwam (1933); rond 1900, toen de eerste discussies over de functie van de huisarts op gang kwamen; en rond 1870, vlak na de invoering van de wetten van Thorbecke, die de universitair opgeleide arts tot enige geneeskundige maakten, die bevoegd was tot het uitoefenen van de genees-, heel- en verloskunde (1865).

Tussen "digestiestoornissen" (Fenwick 1868) en "maagklachten" (Cornelissen 1977) ligt een eeuw van ontwikkelingen die vooral geleid hebben tot een beter inzicht in de grenzen van ons kennen en kunnen. Als Fenwick spreekt over "digestiestoornissen", dan duidt hij daarmee een begrip aan van klachten in termen van een gestoorde functie van de maag, of in termen van bepaalde pathologisch-anatomische afwijkingen. Dat zijn hypothesen om klachten te begrijpen; de middelen om die hypothesen te toetsen heeft hij niet. Na een eeuw research over de maagzweer en over de mogelijke nerveuze, later over de psychische genese van maagklachten is duidelijk dat maagklachten lang niet altijd in medisch-wetenschappelijke termen zijn te begrijpen. Zeker in de huisartspraktijk wordt het merendeel van alle maagklachten gevormd door niet-geneeskundige problemen. Dat lezen we al in 1868 bij Fenwick (hij

---

sprekt dan van “zwakke spijsvertering”), in 1899 bij Pel (hij noemt “maagneurosen” als de meest voorkomende maagklachten) en Cornelissen bevestigt het in 1977 door “niet-organische maagklachten” als de meest frequent voorkomende aan te merken.

In VI.2 wordt de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer zoals die in de verschillende perioden werd gewaardeerd, beschreven. In VI.3 wordt een beschrijving gegeven van de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer na medisch ingrijpen, zoals gewaardeerd in de verschillende perioden. In VI.4 worden niet-geneeskundige problemen en hun behandeling beschreven. In VI.5 wordt een samenvatting gegeven van de resultaten van het onderzoek naar wat beroepsorganisaties te zeggen hebben over het oordeel van de huisarts, voorzover die nog niet ter sprake zijn gekomen in de voorgaande paragrafen; tenslotte wordt de vraag beantwoord of in de onderzochte literatuur wordt verwezen naar onderzoek waaruit blijkt dat het effect van handelen op basis van een geneeskundig oordeel gemeten aan geneeskundige criteria zich gunstig onderscheidt van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust.

## VI.2 MEDISCHE PREDICTIE

In iedere periode worden de maagzweer en het maagcarcinoom als geneeskundige problemen beschreven. Over het maagcarcinoom kan ik kort zijn: het moet nog steeds als een onoplosbaar geneeskundig probleem beschouwd worden. Over de maagzweer is steeds weer zeer uitvoerig geschreven.

Maagzweren kunnen zonder klachten verlopen; er bestaat geen één-één-duidige relatie tussen de ernst en de aard van maagklachten en de aanwezigheid van een maagzweer (Van de Lisdonk 1980). Dat was al aan Fenwick (1868) bekend. Een tweedeling tussen patiënten met lichte, onschuldige klachten en met ernstige klachten, zoals gemaakt wordt door Hijmans van den Bergh (1930) en door *Patient Care* (1977) berust derhalve niet op een geneeskundig oordeel.

De waardering van de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer is in de loop der jaren veranderd. Aanvankelijk wordt die waarde tamelijk negatief ingeschat, onder anderen door Fenwick (1868), Pel (1899) en Talma (1889); men schatte de kans op maligne ontaarding, stenose en perforatie hoog. Om een goede schatting te kunnen geven van de waarde van de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer is betrouwbare diagnostiek een eerste vereiste. Halverwege de vorige eeuw was er geen sprake van verificatie van de diagnose “maagzweer”, anders dan op de sectietafel. Dat veranderde pas toen aan het eind van de vorige eeuw operatief ingrijpen aan de maag mogelijk werd en een chirurgische ingreep inzicht kon brengen in de diagnose (Buning 1902). Operatief

ingrijpen was toen nog zeer riskant voor de patiënt; dat men bij een maagzweer overging tot operatief ingrijpen kan alleen begrepen worden in het licht van de negatieve waarde die men aan de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer toekende (Talma 1895).

Na rond 1930 begint duidelijk te worden dat de maagzweer een recidiverend karakter heeft en steeds weer neigt tot spontaan herstel. Om dat recidiverend karakter te begrijpen wordt de maagzweer begrepen als symptoom van een zogenaamde "diathese".

In de zogenaamde "psychosomatische geneeskunde" die in de vijftiger en zestiger jaren veel invloed had op huisartsen wordt aangenomen dat er een verband bestaat tussen een bepaalde persoonlijkheidsstructuur en het voorkomen van een maagzweer. Huisartsen zijn in die tijd van mening dat zij bij uitstek in de gelegenheid zijn om dat wat aan de maagzweer ten grondslag ligt — ze spreken van een "integraal aanvangsbeeld" — te behandelen om zo maagzweren te voorkomen. Maar wat er dan precies behandeld moet worden is niet duidelijk (Koopman en Boogaert 1963). Van Nieuwenhuyzen (1961) heeft in zijn onderzoek getracht een beeld te schetsen van dit "integrale aanvangsbeeld." De resultaten van zijn onderzoek bleken geen antwoord te bevatten op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van problemen.

Blijkens het onderzoek van Querido (1959) verzwakt deze belangstelling voor de psychosomatiek het oordeelsvermogen van de arts met betrekking tot de maagzweer (maar niet met betrekking tot andere aandoeningen).

Anno 1980 wordt de maagzweer beschouwd als een laesie van het maagslijmvlies of van het slijmvlies van de twaalfvingerige darm, die bijna altijd spontaan geneest. Huisartsen vragen zich in 1980 af of het geen zegen voor de patiënt kan zijn als zijn ulcus duodeni niet ontdekt wordt! (Van de Lisdonk 1980)

Als complicaties van de maagzweer worden genoemd: de bloeding, de perforatie en de maligne degeneratie van het ulcus ventriculi. De complicaties worden stuk voor stuk begrepen als geneeskundige problemen waarvan de waarde van de medisch-predictieve betekenis negatief is. Het ulcus komt incidenteel voor, het kan ook recidiverend optreden. In het laatste geval kan een stenose van de maag als complicatie optreden. De medisch-predictieve betekenis van de maagzweer moge anders beoordeeld worden als tachtig jaar geleden, de vermelde complicaties zijn nog steeds dezelfde als toen.

### VI.3 GENEESKUNDIG HANDELEN EN GENEESKUNDIGE PROBLEMEN.

Aan het eind van de vorige eeuw waren de verwachtingen over de

bijdrage die medisch ingrijpen zou kunnen leveren aan de genezing van maagaandoeningen hooggespannen. Rond 1880 begint de maagchirurgie van zich te doen spreken, aanvankelijk met als indicatie het maagcarcinoom, rond de eeuwwisseling begint ook de maagzweer een indicatie te vormen voor operatie. Dan start ook de discussie tussen chirurg en internist over de vraag waar het terrein van de interne geneeskunde ophoudt en dat van de chirurgie begint (Van der Goot 1901). Dat die discussie ook de huisarts raakt, wordt duidelijk uit een opmerking van Pijnappel in 1900, die van mening is dat de huisarts (-internist) wel historie zal worden omdat de chirurg het alleen af kan. Had niet het jaar tevoor de chirurg Van Iterson opgeschept: "In de algemene schatting geldt de heekunde niet alleen als oppermachtig maar als almachtig" (Van Iterson 1899).<sup>\*</sup> Zeker, de huisarts moet door zijn inwendige behandeling zien te voorkomen dat operatie noodzakelijk wordt (Buning), maar of hij daartoe in staat is, kan hij bij gebrek aan diagnostische methoden om de maagzweer vast te stellen, nauwelijks beoordelen. De huisarts voelt zich niet in staat om bij te dragen aan de oplossing van problemen; op het gebied van de therapie moet hij de vlag strijken voor zijn collegae-specialisten; de huisarts blijft weinig anders over dan de hygiënische leiding van zijn patiënten op zich te nemen (Onnen 1900).

Veel mensen lijden vlg. Pel (1899) onnodig aan maagklachten: als ze zich maar zouden weten te beperken, zouden ze geen klachten hebben. Er bestaan geen algemeen geldige richtlijnen voor dieet bij maaglijders. Dat wil nog niet zeggen dat het verder aan de patiënt zelf overgelaten kan worden: de arts moet erop toezien dat patiënten zich niet te buiten gaan, zo meent Pel. Pel is van oordeel dat het effect van dieetmaatregelen niet aan geneeskundige criteria is af te meten. Maar vanaf ongeveer 1870 tot ver in onze eeuw heeft men op fysiologische gronden tal van diëten verdedigd als het remedie bij patiënten met een maagzweer (Schrijver 1922). In 1980 kan geconcludeerd worden dat met een enkele uitzondering niet bekend is welke voedingsmiddelen de genezing van de zweer ten gunste of ten ongunste beïnvloeden; het effect van dieetmaatregelen is ter beoordeling van de patiënt. Wel is bekend dat de heftige maagklachten die soms in het begin van het maagzweerlijden optreden, vaak spontaan in enkele dagen verdwijnen. Ondanks dat adviseert *Patient Care* dieetvoorschriften te geven en spreekt dan van "placebo-effect van het dieet." Het lijkt me juist de term "placebo-effect" te reserveren voor een geneeskundig oordeel over het mogelijk effect van suggestie, — dat wil zeggen, gemeten aan de hand van geneeskundige criteria — en te spreken

---

<sup>\*</sup>De inwendige geneeskunde heeft zich rond de eeuwwisseling nog niet als een zelfstandig specialisme ontwikkeld. Klinkert kan nog in 1922 van de huisarts-internist spreken.

van paradox handelen, wanneer, zoals in dit geval door *Patient Care*, geneeskundig handelen wordt gesuggereerd terwijl dat handelen niet kan berusten op een geneeskundig oordeel.

De huisarts acht zichzelf rond de eeuwwisseling niet in staat tot geneeskundige oordeelsvorming; laat de patiënt zelf maar beoordelen welke arts de beste bijdrage kan leveren aan de oplossing van zijn probleem (Van Bruggen 1901); de zegeningen van specialisatie moeten iedere patiënt gelijkelijk ten deel vallen (Kersbergen 1927). De specialist is van oordeel dat de huisarts maar al te snel geneigd zal zijn tot paradox ingrijpen omdat hij zo dicht bij zijn patiënt staat (Schalij 1929). Klinkert denkt daar anders over. In het voetspoor van MacKenzie beschouwt hij oordeelsvorming als een functie van de huisarts. De "goede oude huisarts, die aan andere dan louter technische maatstaven afmeet" (Burger 1919) is daaraan secundair.

Maar weerklank vinden Klinkerts opvattingen niet: nog aan het eind van de vijftiger jaren schildert het *Woudschotenrapport* (Vroege 1966) de specialist als degeen, die pas echt tot een gedegen oordeel in staat is: de huisarts staat daarvoor veel te dicht en onbeschermd tegenover de patiënt (Huygen 1956); dat is hetzelfde argument tegen oordeelsvorming als functie van de huisarts als Schalij in 1929 hanteert.

Als Prins (1930) en aantal specialisten enquêteert over de vraag hoe de ongecompliceerde maagzweer het beste is te behandelen, krijgt hij zeer uiteenlopende antwoorden en geen van alle is op een geneeskundig oordeel gebaseerd, zo argumenteert Schalij in zijn antwoord aan Prins: het ontbreekt aan diagnostische methoden om de zweer in zijn verloop te volgen.

Voor stellige uitspraken over bedrust (Pariser in Buning 1902) of dieet (Zeehuizen in Prins 1930) is geen sluitende bewijsvoering te leveren. Pas recent is mogelijk geworden dergelijke uitspraken met flexibele endoscopen te verifiëren en dan blijkt dat antacida gemeten aan geneeskundige criteria wel enig effect sorteren (Van de Lisdonk 1980).

Op welke wijze is de recidieffrequentie van de maagzweer te beïnvloeden? Het langdurig dieet bleek niet effectief (Heering 1938). Het enige antwoord op de vraag luidt tot op heden: operatief ingrijpen. Maar de operatie is, blijkbaar al sinds de eeuwwisseling slechts in 85% van de gevallen succesvol (*Patient Care* 1977; Van der Goot 1901) en wil op zich nog wel eens tot complicaties leiden (Hellemans 1978; *Patient Care* 1977). Het sterfterisico dat rond de eeuwwisseling op 5-10% lag, wordt thans niet meer vermeld (Van der Goot 1901; 1906).

In 1925 is men van mening dat de afweging van de medisch-predictieve betekenis van de ongecompliceerde maagzweer tegen de medisch-predictieve betekenis van de maagoperatie niet zonder meer kan leiden tot een bevestigend antwoord op de vraag of operatief ingrijpen kan

bijdragen aan de genezing van de maagzweer (Pel 1925). Deze twijfel over het geneeskundig karakter van operatief ingrijpen bij een ongecompliceerde maagzweer bestaat tot op heden (Van de Lisdonk 1980).

De maagzweer is vanaf 1868 in de geraadpleegde literatuur als een geneeskundig probleem beschouwd en derhalve is in principe steeds een antwoord mogelijk geweest op de vraag of geneeskundig handelen kan bijdragen aan de genezing van de maagzweer. De voorwaarde echter om te kunnen handelen op basis van een geneeskundig oordeel is kennis van de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer. De beweringen aan het begin van deze eeuw over de indicatie tot operatie van de ongecompliceerde maagzweer berusten naar de vorm op een geneeskundig oordeel: de afweging van de medisch-predictieve betekenis van de aandoening tegen de medisch-predictieve betekenis van het ingrijpen op de aandoening.

Maar de maagzweer was tot aan het eind van de vorige eeuw slechts op de sectietafel aantoonbaar. En zoals Fenwick en Buning in 1868 en in 1902 ook toegeven: in veel gevallen moest de arts tot de slotsom komen dat hij niet kon uitmaken of er sprake was van een geneeskundig probleem, i.c. een maagzweer, of niet. Toen rond de eeuwwisseling het mes van de chirurg de diagnose van de internist tijdens het leven van de patiënt kon bevestigen, of als onjuist kon bestempelen, bleek het oordeel onjuist. Later kwamen daar het röntgenonderzoek en nog andere onderzoeksmethoden bij, die weliswaar geen van alle volstreekte zekerheid konden verschaffen over het al dan niet bestaan van een maagzweer, (Heering 1938) maar die er met elkaar wel toe hebben bijgedragen dat onze kennis van de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer is toegenomen.

#### VI.4 NIET-GENEESKUNDIGE PROBLEMEN.

Er zijn in de loop van de jaren talrijke pogingen ondernomen om maagklachten als een geneeskundig probleem te begrijpen. Het is alleen mogelijk gebleken als maagklachten berusten op een maagzweer of op een maagcarcinoom; en misschien als maagklachten blijken te berusten op aandoeningen van andere organen dan de maag, maar die zijn in deze studie buiten beschouwing gelaten.

Al rond de eeuwwisseling was duidelijk dat er geen correlatie bestond tussen het voorkomen van maagklachten en een anatomisch aantoonbare gastritis (Pel 1899). Ten onrechte wordt in later jaren de term "gastritis" gebruikt voor onbegrepen maagklachten (Groen 1947). Gastritis is een van die anatomische condities waarvan de waarde van de medisch-predictieve betekenis onbekend is. Met uitzondering van de atrofische gastritis die tot pernicieuze anaemie leidt; de waarde van de predictieve



betekenis ervan is weliswaar negatief, maar tot maagklachten leidt ook deze vorm van gastritis niet. Het is evenzeer dubieus of de hernia diafragmatica (Hellemans; Dekker in *Patient Care* 1977) en de enteroptose (Treub 1895) als verklaring van klachten kunnen dienen, en ook van deze aandoeningen is de predictieve betekenis onbekend, of anders nul. Pel (1899) is van mening dat enteroptose alleen bij overgevoelige mensen tot klachten kan leiden; hij brengt het terug tot "een probleem van nerveuze aard."

Het blijkt niet mogelijk zogenaamde functionele maagklachten te begrijpen als stoornis in de functie van de maag. Bij onderzoek met behulp van de maagsonde worden geen stoornissen ontdekt, die tot een beter begrip van de maagklachten kunnen bijdragen (Nolen 1895). En derhalve kan de arts geen antwoord geven op de vraag of medisch ingrijpen zal bijdragen aan de oplossing van nerveuze of functionele maagklachten. Pel (1899) geeft dit ronduit toe: gezien het grillige, onberekenbare verloop van de nerveuze aandoeningen is geen antwoord mogelijk op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een dergelijk probleem. Onomwonden prijst hij het paradoxe handelen aan: suggestie, medicamenten, zelfs broodpillen, alles helpt op zijn tijd. En het werkt het best als de patiënt niet weet wat hij gebruikt, zo betoogt Pel.

Schalij signaleert in de dertiger jaren de risico's van operatief ingrijpen bij patiënten met nerveuze maagklachten: als er al om één of andere reden tot operatie moet worden overgegaan bij mensen met functionele buikklachten, dan moet de arts hen er tevoor op wijzen dat er geen garantie is te geven dat die operatie bijdraagt aan de oplossing van hun problemen. Gebeurt dat niet, dan zullen mensen hun vertrouwen in geneeskundige hulp verliezen, zo voorspelt Schalij. Daarmee integenspraak is zijn aanprijzen van de interne therapie als onbestreden methode voor de behandeling van nerveuze maagklachten, alsof hij daarover wel kan oordelen. Het niet-slagen van medisch ingrijpen kan leiden tot verlies van vertrouwen in geneeskundige hulp; of juist de patiënt stijven in zijn idee dat hij ernstig ziek is en hem ertoe brengen bij steeds weer andere dokters, die ieder hun eigen ideeën hebben over de therapie, zijn heil te zoeken (Stekel 1924).

Aan het eind van de twintiger jaren kunnen specialisten meesmuilend spreken over maagneurosen: de pogingen om een fysiologische basis te geven aan dit begrip waren immers mislukt en dus resteerden slechts de anatomische afwijkingen, zo poneerden ze. Maar ze realiseerden zich kennelijk niet dat er dan wel geen theorie was om "maagneurosen" te begrijpen, maar dat daarmee de onbegrepen maagklachten nog niet van het toneel waren verdwenen. En pogingen om maagklachten te begrijpen als "rode maag" (Schoemaker zie De Groot 1930) of als "perivisceriti-

den” (Peutz 1930) bleken eveneens schipbreuk te lijden. Tegen operatief ingrijpen bij dergelijke aandoeningen stellen Schalijs (1929) en Klinkert (1922) zich teweer.

Men heeft verder gezocht naar begrip van maagklachten in neurofysiologische termen. Fenwick zei al in 1868 dat hij niet kon geloven dat maagklachten louter “verbeelding” zouden zijn.

Men doet hersenonderzoek, want dat zal dan wel de plaats zijn waar het lijden zich afspeelt — een hypothese, die Fenwick al had gelanceerd. Zeker, beschadigingen van zenuwcentra in de hersenen kunnen leiden tot maagzweren, dat toonde Cushing aan (Heering 1938); maar onderzoek waaruit blijkt dat zich bij maagaandoeningen stoornissen in de zenuwcentra voordoen is (nog) niet uitgevoerd. De psychosomatische geneeskunde, die beweerde dat maagzweren, gastritis en maagneurosen voortkwamen uit een bepaalde persoonlijkheid (Groen 1947) houdt zich thans bezig met vragen naar het psycho-fysisch parallelisme te beantwoorden. Het onderzoek speelt zich nog voornamelijk op theoretisch niveau af.

Het is blijkbaar moeilijk om in te zien dat er maagklachten voorkomen die niet in medisch-wetenschappelijke termen te begrijpen zijn, want maar al te gauw wordt “niet in medisch-wetenschappelijke termen te begrijpen” tot “nog niet in medisch-wetenschappelijke termen te begrijpen,” en spreekt men de verwachting uit dat maagneurosen en functionele maagaandoeningen binnenkort in medisch-wetenschappelijke termen te begrijpen zullen zijn; dat lezen we bij Pel in 1899 en in 1925, bij Groen in 1947 en in 1978 opnieuw bij Hellemans.

Berusten nerveuze maagklachten dan toch op verbeelding? Misschien heeft ook Pel gelijk, en moeten we patiënten die lijden aan onbegrepen maagklachten matigheid in eten en drinken voorhouden. Maar als dat er niet toe bijdraagt dat de patiënt zonder maagklachten door het leven kan gaan, dan dient de arts zich te realiseren dat beweringen over onmacht of onwil van de patiënt, of over verbeelding als verklaring voor persisterende maagklachten er niet direct toe leiden dat de patiënt beter wordt. Uiteraard is het geenszins uitgesloten dat in de (nabije) toekomst (een deel van de) nerveuze maagklachten als geneeskundige problemen begrepen kunnen worden. Daarop anteciperen leidt, zoals uit deze studie blijkt tot paradox handelen.

## VI.5 SLOTSOM

Aan het eind van de zeventiger jaren tracht de huisarts een methode te ontwikkelen om een antwoord te kunnen geven op de vraag of een probleem aan de geneeskunde ter oplossing moet worden voorgelegd of niet (*Hoe helpt de dokter?* 1975). De methode, die daartoe wordt ontwikkeld blijkt op die vraag echter geen antwoord te geven en slechts te



leiden tot paradox handelen. Tot dan toe had de huisarts zich steeds onmachtig gevoeld tot geneeskundige zorg; hij liet dat over aan de specialist, maar ook die bleek niet in staat tot handelen op grond van een geneeskundig oordeel. De huisarts zag de hygiënische leiding (Onnen) van de patiënt, de preventieve zorg voor de gezonde mens (Kersbergen) of positieve gezondheidszorg (Hornstra 1954) als zijn taak, maar de op dit terrein aanwezige kennis bleek beperkt en er bleken andere hulpverleners werkzaam die beter opgeleid zijn voor een dergelijke taak (Woudschoten). De huisarts leert met hen samenwerken en uit die samenwerking komt de vraag voort waarmee deze paragraaf begon. In 1922 was Klinkert de eerste, die sprekend als voorzitter van de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst de huisarts geneeskundige zorg als zijn taak voorhoudt. Het duurt tot 1983 voordat een taakomschrijving van de huisarts weer geneeskundige zorg omvat (*Basistakenpakket*).

Het handelen van de huisarts bij maagklachten blijkt pas in de recente literatuur op een geneeskundig oordeel te berusten. Huisartsen zijn tot het inzicht gekomen dat een geneeskundige behandeling bij maagklachten slechts in een zeer beperkt aantal gevallen mogelijk en zinvol is. De winst die een dergelijk inzicht oplevert moet in de eerste plaats gezocht worden in het voorkómen van overbodige en derhalve schadelijke ingrepen. Als we mogen aannemen dat de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer zich sinds de eeuwwisseling niet in positieve zin heeft gewijzigd, dan is de conclusie gerechtvaardigd dat er destijds te snel werd geadviseerd tot operatie bij een maagzweer.

Men is thans niet meer van opvatting dat perivisceritiden en de rode maag operatief ingrijpen vereisen, en opium wordt niet meer als pijnstillert bij nerveuze dyspepsie geadviseerd. De voorbeelden van paradox handelen bij maagklachten en de schadelijke gevolgen ervan lezen we bij Schalijs; dat paradox handelen zich in de twintiger jaren niet beperkt tot patiënten met maagklachten kunnen we horen van Klinkert. De keus om het onderzoek op maagklachten te richten is geen indifferente: de huidige generatie artsen lijkt althans bij maagklachten voorzichtiger in zijn therapie dan een halve eeuw geleden.

Misschien vormen maagklachten anno 1983 niet direct het gezondheidsprobleem dat zich voor empirisch onderzoek zoals in III.1 beschreven leent; dergelijk onderzoek zou eerder in de twintiger jaren actueel geweest zijn. Maar ook nu nog worden maagklachten onjuist beoordeeld. Het medicament cimetidine wordt algemeen beschouwd als een waardevolle aanwinst in de behandeling van peptische ulcera (ulcus ventriculli, et duodeni, ulcus jejuni en de reflux-oesofagitis). En voor die indicatie is het dan ook in Nederland geregistreerd. Uit een onderzoek naar voorschrijfgedrag van huisartsen blijkt echter dat meer dan de helft van alle

voorschriften cimetidine bedoeld waren voor de niet-erkende indicaties. Dat wijst erop dat paradox handelen nog steeds een rol speelt in de medicamenteuze therapie, die de huisarts bij maagklachten voorschrijft (Haayer 1983).

Steeds weer worden in de literatuur over het handelen van de huisarts met betrekking tot maagklachten argumenten aangevoerd waaruit blijkt dat er naar gestreefd wordt het handelen van de arts in overeenstemming te brengen met de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is. Dat geldt in mindere mate voor de discussies die in de beroepsorganisaties zijn gevoerd.

Waar echter van een geneeskundig oordeel geen sprake was bleek de huisarts niet in staat tot een antwoord op de vraag of zijn handelen bijdraagt aan de oplossing van gezondheidsproblemen, en werd hij steeds weer verleid tot paradox handelen. Uit de recente literatuur over maagklachten valt af te leiden dat althans de Nederlandse huisarts van mening is dat het resultaat van handelen op basis van een geneeskundig oordeel zich gunstig onderscheidt van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust. Een verwijzing naar een onderzoek ter toetsing van deze opvatting heb ik echter in de literatuur niet kunnen vinden. Van de Lisdonk (1980) heeft weliswaar een groot literatuuronderzoek gedaan, maar hij beperkt zich tot het ulcuslijden, en behandelt niet de maagklachten in het algemeen. Cornelissen baseert zich vooral op eigen en andermans ervaring.

De conclusie van het hier gepresenteerde onderzoek moet derhalve luiden dat in de onderzochte literatuur geen gewag wordt gemaakt van onderzoek waaruit blijkt dat de effecten van handelen op basis van een geneeskundig oordeel zich gunstig onderscheiden van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust. Wel kon aan de hand van het literatuuronderzoek worden geadstrueerd dat alleen dan een antwoord mogelijk is op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat probleem als geneeskundig probleem begrepen kan worden.

## VII. SLOTOVERWEGINGEN

“Het gedetailleerde onderzoek heeft de diagnostiek der maagziekten voor de praktizerende geneesheer waarlijk niet gemakkelijker gemaakt — doch zo ging het ook elders in de kliniek. Vroeger werd de diagnose der maagziekten met meer zekerheid — niet meer juistheid! — en met veel minder omslag gesteld dan thans. ... Was het ook niet de geniale dichter en filosoof Goethe, die in zijn “Sprüche und Prosa” de veel betekennende woorden schreef: “Mit dem Wissen wächst der Zweifel”?”<sup>1</sup>

De macht van de arts is beperkt; dat was ook Pel bekend. Een halve eeuw nadien komen huisartsen met betrekking tot hun handelen tot een dergelijke conclusie. Die beperkte mogelijkheden om bij te dragen aan de oplossing van gezondheidsproblemen is niet alleen het gevolg van een tekort aan diagnostische vaardigheden van de huisarts zoals specialisten in de twintiger jaren suggereren. Het geneeskundig oordeelsvermogen is als zodanig beperkt. Wordt dat niet ingezien dan vervallen artsen, huisartsen en specialisten tot paradox handelen en geneeskundige zorg wordt niet verleend.

Wat betekent deze conclusie voor mijn dagelijks bezig zijn als huisarts? Dat ik mij bij ieder probleem dat mensen mij voorleggen moet afvragen of over dat probleem een geneeskundig oordeel mogelijk is of niet. En als over dat probleem een geneeskundig oordeel mogelijk is zal ik de context van dat probleem moeten verdisconteren in mijn oordeel, alvorens tot handelen te kunnen overgaan. Laat ik geneeskundige oordeelsvorming na, en besluit ik toch tot medisch ingrijpen, dan schep ik een medisch probleem; maar te weten komen of ik daarmee bijdraag aan de oplossing van het probleem van de patiënt kan ik dan niet. Blijkt over een probleem geen geneeskundig oordeel mogelijk dan kan de patiënt mij verzoeken om medisch ingrijpen. Aan mij als persoon is dan de keus of ik bereid ben mijn medewerking daaraan te verlenen. Het oordeel of in dat geval medisch ingrijpen bijdraagt aan de oplossing van het probleem, moet ik aan de patiënt overlaten.

In 1980 verschijnt een rapport van de werkgroep toetsing van het NHG.<sup>2</sup> Daarin lezen we: “Onder toetsing wordt verstaan: beoordeling aan de hand van maatstaven of normen”.

1. Pel 1925, blz. 3. Deze zinssneden komen nog niet voor in Pel 1900.

2. Werkgroep toetsing van het NHG 1980.

Het rapport somt een aantal onderzoeken op dat resultaten van gezondheidszorg heeft trachten te meten. De opsomming omvat een aantal onderzoeken dat in termen van niet-geneeskundige criteria meet (subjectieve evaluaties door patiënten, satisfactie, therapietrouw, graad van dysfunctioneren. Voor dit laatste wordt verwezen naar de Vragenlijst voor Onderzoek van Ervaren Gezondheidstoestand); één onderzoek, waarvan ik niet kan bepalen of al dan niet geneeskundige criteria worden gehanteerd (het fasenconcept); en één onderzoek waarin negatieve gezondheidsgebeurtenissen (onnodige ziekten; onnodige invaliditeit en voortijdige dood) als indicator van effect van gezondheidszorg wordt gebruikt. Het is mogelijk dat deze laatste methode van toetsing een vorm van geneeskundige toetsing zal blijken maar op grond van dit rapport durf ik dat niet te zeggen. De conclusie van het rapport is dat maatstaven ter beoordeling van het resultaat van gezondheidszorg nog ontwikkeld moeten worden.

“Toetsing kan bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Hopelijk hebben wij deze stelling in ons rapport aannemelijk gemaakt, maar bewezen is zij daarmee niet. Dit bewijs kan ook niet geleverd worden vooraleer toetsing is ingevoerd als een onderdeel van het takenpakket van de Nederlandse huisarts. ...Het is in de eerste plaats nodig dat de beroepsgroep zelf kiest wat huisartsgeneeskunde wel inhoudt en wat niet”.

Het handelen van de huisarts kan aan tal van criteria getoetst worden. Als een organisatie van artsen, zoals het NHG, de wetenschappelijke beoefening van de (huisarts)geneeskunde beoogt te bevorderen, dan dient zij dat handelen in de eerste plaats aan geneeskundige criteria te beoordelen. Alle andere criteria, hoe belangrijk ook op zich, zijn daaraan secundair. Voorzover ik heb kunnen nagaan is daarvan, behalve in de toespraak die Klinkert in 1922 als voorzitter van de Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst hield, en in *Basis takenpakket* (1983) geen sprake geweest. Deze conclusie stemt overeen met die van Van Hove-Baeck.<sup>3</sup> Zij toonde aan dat de huisarts niet naar specifieke kennis verwijst om zijn professionele handelen tegenover anderen te legitimeren.

Uit het in dit proefschrift gepresenteerde onderzoek blijkt dat de specifieke kennis van de huisarts bestaat uit het vermogen tot geneeskundige oordeelsvorming: zijn bijdrage aan de eerste lijnsgezondheidszorg is de geneeskundige zorg voor mensen in hun eigen (woon-)omgeving. Vervult de huisarts deze taak niet dan leidt dat onherroepelijk tot paradox handelen.

In het onderwijs aan medische studenten moet de huisarts derhalve

3. Van Hove-Baeck 1978.

vanuit zijn positie als poortwachter van de Nederlandse gezondheidszorg de betekenis van de context van het gezondheidsprobleem voor de geneeskundige oordeelsvorming aangeven. Beter dan wie ook binnen de faculteit kan hij onderwijzen dat er gezondheidsproblemen voorkomen waarover geen geneeskundig oordeel mogelijk is. Want de huisarts is de eerste aangewezen om een op basis van medische wetenschap te toetsen antwoord te geven op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van problemen die individuen aan de gezondheidszorg voorleggen.

## Samenvatting

In dit proefschrift is onderzocht of de arts alleen dan in staat is tot een antwoord op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat probleem als een geneeskundig probleem begrepen kan worden.

In het eerste deel van het proefschrift wordt uiteengezet onder welke voorwaarden er sprake is van een geneeskundig probleem: als over een gezondheidsprobleem een medische predictie in termen van geneeskundige criteria mogelijk is, en als het geen stabiel probleem betreft; alleen dan is over een gezondheidsprobleem een geneeskundig oordeel mogelijk, dat is de afweging van de medisch-predictieve betekenis van het gezondheidsprobleem dat de arts ter beoordeling wordt voorgelegd, tegen de medisch-predictieve betekenis van dat probleem na medisch ingrijpen. Bij de huidige stand der wetenschappen kunnen geneeskundige criteria slechts in termen van fysische en chemische grootheden uitgedrukt worden.

Is er geen sprake van een geneeskundig probleem dan is geen geneeskundig oordeel over dat probleem mogelijk. Of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van niet-geneeskundige problemen is niet ter beoordeling van de arts (Hoofdstuk I).

Kennis van medische predictie is een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde om een geneeskundig oordeel te kunnen geven: tal van factoren kunnen het effect van geneeskundig handelen — dat is handelen op basis van een geneeskundig oordeel — ten gunste of ten nadele beïnvloeden. In dit proefschrift worden dergelijke invloeden in de vier paragrafen van hoofdstuk twee besproken onder de titels “De betekenis die de patiënt aan zijn probleem hecht,” “De patiënt en zijn omgeving,” “Opvattingen over ziekte en gezondheid” en “De arts als persoon” (Hoofdstuk II).

De vraagstelling van dit proefschrift vereist proefondervindelijk onderzoek waaruit zal moeten blijken dat handelen op basis van een geneeskundig oordeel zich gunstig onderscheidt van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust. Alvorens een dergelijk onderzoek op te zetten kan men artsen vragen naar de ratio van hun handelen. Daartoe zijn verschillende methoden beschikbaar: een enquête, observatie van het handelen van de arts hetzij met “echte” hetzij met simulatiepatiënten, een forumdiscussie en nog andere. In dit proefschrift is gekozen voor

---

litteratuuronderzoek. Als argument voor deze keuze kan gelden dat litteratuuronderzoek de meest directe wijze is om proefondervindelijk onderzoek op het spoor te komen. Bovendien kan het onderzoek zich op deze wijze uitstrekken tot situaties waarin de stand der medische wetenschap een andere is dan anno 1984 in Nederland.

In de gerefereerde litteratuur wordt onderzocht of aan de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is, is voldaan. Als dat niet het geval is valt te verwachten dat tegenstrijdigheden kunnen worden aangetoond in de vorm van paradox handelen: dat is medisch ingrijpen alsof er sprake zou zijn van geneeskundig handelen, terwijl er klaarblijkelijk geen antwoord mogelijk is op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van het probleem. In dat geval kan het onderzoek wel gelden als adstructie, maar niet als empirische toetsing van de vraagstelling. Is echter wel voldaan aan de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is, dan moet worden nagegaan of er in de litteratuur wordt verwezen naar empirisch onderzoek waaruit blijkt dat handelen op basis van een geneeskundig oordeel zich gunstig onderscheidt van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust. Alleen als dergelijk onderzoek wordt gevonden is er sprake van een op grond van litteratuuronderzoek doorslaggevend bewijs dat de arts alleen dan in staat is tot een antwoord op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat probleem als een geneeskundig probleem begrepen kan worden (III.1).

Als object van onderzoek is gekozen voor het handelen van de huisarts. De huisarts is immers door zijn positie in de gezondheidszorg de eerst aangewezen om niet-geneeskundige problemen als zodanig te herkennen (III.2). Het handelen van de huisarts is onderzocht aan de hand van litteratuur met betrekking tot een bepaald gezondheidsprobleem (maagklachten), en aan de hand van litteratuur die vanuit de professie de taak en de functie van de huisarts belicht. Het onderzoek is voor verschillende perioden tussen 1865 en 1980 uitgevoerd (III.3). De verantwoording voor de litteratuurkeuze van dit onderzoek wordt in de laatste paragraaf van het derde hoofdstuk gegeven (III.4).

Uit het onderzoek naar geneeskundige oordeelsvorming door de huisarts bij maagklachten blijkt dat de (huis)arts rond 1870 wel beweert dat hij maagklachten in termen van pathologische anatomie kan verklaren, maar hij blijkt er nauwelijks of niet toe in staat: maagklachten berustend op een maagzweer kan hij ternauwernood van andere maagklachten onderscheiden. Wel kan hij maagklachten die op vrijwel zeker dodelijk verlopende aandoeningen berusten herkennen. De indeling die hij hanteert voor andere maagklachten dan de zojuist genoemde blijkt louter en alleen op het klachtenpatroon gebaseerd te zijn, en niet op een



pathologisch-anatomische classificatie, zoals gepretendeerd wordt (IV.1).

De diagnostische problemen rond de maagzweer zijn rond de eeuwwisseling nog steeds erg groot. In deze periode is de chirurgie in opkomst. Het oordeel over het chirurgisch ingrijpen heeft de vorm van een geneeskundig oordeel: de afweging van de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer tegen de medisch-predictieve betekenis van de geopereerde maagzweer. En hoewel het risico van een operatie groot is in deze tijd, oordeelt men toch in een aantal gevallen positief over het chirurgisch ingrijpen, omdat men het risico op een maagcarcinoom, dat een maagzweer met zich mee brengt nog groter acht.

Rond de eeuwwisseling tracht men maagklachten niet langer uitsluitend in pathologisch-anatomische termen te begrijpen, maar ook als functiestoornis, echter zonder succes: men slaagt er niet in zogenaamde functionele maagklachten zodanig te begrijpen dat daaraan medisch-predictieve betekenis gehecht kan worden. Dat wordt openlijk toegegeven: het is niet mogelijk een antwoord te geven op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de genezing van functionele maagklachten; paradox handelen wordt zelfs aangemerkt als methode bij uitstek om deze klachten te behandelen (IV.2).

Rond 1930 begint men de maagzweer te herkennen als een tot recidief neigende aandoening, die veelal spontaan geneest. Het begrip "relatieve indicatie tot operatie" wordt ingevoerd om aan te duiden dat bij patiënten met veel en persisterende klachten een operatie weliswaar kan worden overwogen, maar dat op grond van een geneeskundig oordeel niet kan worden uitgemaakt of een dergelijke ingreep zal bijdragen aan de genezing van de maagzweer.

In deze tijd meent men dat er bij maagklachten bijna altijd wel een anatomische afwijking, bijvoorbeeld in de vorm van "verklevingen," aanwijsbaar is die aan de klachten ten grondslag ligt. Maar over de medisch-predictieve betekenis van dergelijke aandoeningen wordt met geen woord gerept. Het leidt tot ingrepen waarbij de arts zich genoodzaakt ziet de patiënt vooraf te waarschuwen dat hij niet kan beoordelen of de klachten door het ingrijpen zullen verbeteren (IV.3).

Rond 1960 is alle aandacht gericht op het recidiverende karakter van het ulcuslijden; de verklaring daarvoor wordt in de persoonlijkheid van de patiënt gezocht. Niet op basis van kennis van de medisch-predictieve betekenis van de maagzweer, maar op grond van die verklaring wordt een therapie ontwikkeld. De verwarring is groot: de huisarts verkeert in het onzekere of medisch ingrijpen bijdraagt aan de genezing van de zweer; hij verwacht in deze periode alles van psycho- en sociotherapie, hoewel hij daarover evenmin een (geneeskundig) oordeel heeft (IV.4).

Rond 1980 blijkt het handelen van de huisarts met betrekking tot maagklachten te voldoen aan de voorwaarden waaronder geneeskundige



oordeelsvorming mogelijk is. Van proefondervindelijk onderzoek bij maagklachten waaruit blijkt dat geneeskundig handelen zich gunstig onderscheidt van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust wordt echter geen gewag gemaakt (IV.5).

Uit de literatuur die vanuit de professie het handelen van de huisarts belicht blijkt dat de huisarts tot rond de zestiger jaren van deze eeuw zich onder de indruk van het medisch-specialistisch handelen niet tot een geneeskundig oordeel in staat acht; de taak van de huisarts wordt gezien niet in de verantwoordelijkheid voor geneeskundige zorg, maar op het brede terrein van de gezondheidszorg. Maar op dat terrein zijn anderen werkzaam met een meer gerichte opleiding dan de huisarts. Alleen de voorzitter van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in 1922, dr. H. Klinkert (1847-1930) schetst ons de taak van de huisarts als het op zich nemen van de verantwoordelijkheid voor geneeskundige zorg, in samenspraak met de specialist. Zijn opvatting staft hij met casuïstiek, niet met verwijzing naar proefondervindelijk onderzoek (V.1).

In 1975 wordt de vraag gesteld: welke gezondheidsproblemen kunnen aan de geneeskunde worden voorgelegd en welke niet? Immers de geneeskunde kan niet aan de oplossing van alle gezondheidsproblemen bijdragen (Hoe helpt de dokter?). Deze vraagstelling is nauw verwant aan die welke in dit proefschrift wordt gesteld. De uitwerking die er in 1975 aan werd gegeven leidde echter regelrecht tot paradox handelen. Recentelijk werd een taakomschrijving voor de huisarts opgesteld die voldoet aan de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is (Basistakenpakket 1983). Ook daarin wordt niet naar proefondervindelijk onderzoek verwezen (V. 2).

Op basis van het in dit proefschrift beschreven onderzoek kunnen nu de volgende conclusies getrokken worden:

- als niet is voldaan aan de voorwaarden waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is kunnen in de onderzochte literatuur steeds tegenstrijdigheden worden aangetoond in de vorm van paradox handelen;
- als wel aan de voorwaarden is voldaan waaronder geneeskundige oordeelsvorming mogelijk is, blijkt in de desbetreffende literatuur geen gewag gemaakt te worden van proefondervindelijk onderzoek waaruit blijkt dat geneeskundig handelen zich gunstig onderscheidt van handelen dat niet op een geneeskundig oordeel berust.

Derhalve adstrueert deze studie dat de arts alleen dan in staat is tot een antwoord op de vraag of medisch ingrijpen kan bijdragen aan de oplossing van een gezondheidsprobleem als dat probleem als geneeskundig probleem begrepen kan worden.

## Summary

In this study we investigated whether a doctor is only able to answer the question, whether an intervention possibly may add to the solution of a health problem, if this problem can be understood as a medical problem.

In the first part of this thesis we discussed the conditions under which may be spoken of a medical problem. This is the case, if concerning a health problem, a medical prediction may be given in terms of medical criteria; only in that case a medical assessment of a health problem is possible, i.e. the weighing of the medical predictive significance of that health problem against the medical predictive significance after intervention. The present position of our scientific knowledge entails that medical criteria will be expressed in terms of physics and chemistry.

If there cannot be spoken of a medical problem, there cannot be given a medical assessment of that health problem. Whether medical interventions may add to the solution of non-medical problems is a matter beyond the judgement of the doctor (chapter I).

Knowledge of medical prediction is a compulsory, but not a sufficient condition for the ability to give a medical assessment. Numerous factors may influence the effect of medical management, and in consequence of the medical assessment, in a positive or negative way. In this study such influences have been discussed in the four sections of chapter II under the headings "The significance the patient attaches to his problem," "The patient and his environment," "Views on illness and health" and "The doctor as a person" (chapter II).

The problem raised in this thesis demands experimental research, from the results of which has to be proved that acting on the basis of a medical assessment yields more favourable results than from acting, which is not founded on a medical assessment.

Before setting up such an investigation practitioners could be asked for the reason of their management. To this purpose we dispose of several methods such as inquiry; observation of the practitioner's management either of "real" patients or of simulated patients; a panel discussion etc.. In our study we preferred investigation of the literature concerning the Dutch practitioner's management. As arguments which justified our choice we want to stress the fact that study of the literature is the most direct way to trace experimental investigations. Moreover such research

---

may extend to circumstances where the level of medical practice is quite different from what we are used to in our country in 1984.

In the referred literature we established whether the conditions, obligatory for medical assessment have been satisfied. If this is not the case, we have to expect controversies in the way of paradox acting, i.e. intervention by a practitioner, whereas apparently no answer, based on a medical assessment could be given to the question whether that intervention may add to the solution of the problem. In that case my investigation may account as support, but not as empirical test of the point in question in this thesis. However, if the conditions made for medical assessment have been fulfilled, further research of the literature is indicated in order to trace empirical investigation, proving that acting on the basis of medical assessment distinguishes itself favourably from acting without medical foundation. Only if recording of such research is found, we may speak of a study of literature providing decisive proof that the doctor only is able to answer the question, whether medical intervention can add to the solution of a health problem, if this problem can be understood as a medical problem (III.1).

As object of research we have chosen the management of health problems by the Dutch general practitioner. The practitioner by his position in the health service, is indeed the first instance indicated to recognize non-medical problems as such (III.2). The management of the practitioner has been investigated with the help of the literature concerning a certain health problem (stomach complaints) and with the help of the literature concerning professional discussion of the task and function of the general practitioner. This study has been performed by us regarding various periods between 1965 and 1980 (III.3). In the last section of the third chapter (III.4) we accounted for our choice of the literature.

From the investigation of medical assessment by general practitioners in cases of stomach complaints appears, that the G.P. round 1870 indeed claimed that he was able to explain complaints of the stomach in terms of pathological anatomy; but he appears hardly or not at all to do so: disturbances of the stomach as a result of a gastric ulcer can hardly be differentiated by him from other complaints of the stomach. He is able indeed to recognize other stomach disturbances as result of nearly always fatally ending ailments. For other stomach complaints than those we already mentioned he handles a classification which is founded only on the pattern of complaints and not on a pathological-anatomical classification, as has been pretended (IV.1).

The diagnostic problems around gastric ulcers at the beginning of our century were still considerable. Surgery is in advance at that time. The judgement of surgical intervention takes the form of a medical assess-

ment: weighing the medical predictive significance of the gastric ulcer against the medical predictive significance of an operated gastric ulcer. Though the risk of an operation was considerable in those days in a number of cases surgical intervention was assessed to be indicated, because the risk of a gastric carcinoma in consequence of a gastric ulcer was judged to be even greater.

At the turn of the century gastric complaints were preferably understood not anymore in terms of pathological anatomy, but also as functional disturbances, however without success because so called functional gastric complaints could not be sufficiently understood in order to attach medical predictive significance to them. It was admitted openly, that it was impossible to answer the question whether medical intervention might add to the healing of functional gastric complaints. Paradox acting was even advocated as the best method to treat these complaints (IV.2).

About 1930 the gastric ulcer was recognized as a disturbance inclined to recurrences, but often healing spontaneously. The conception "relative indication to operation" was introduced to point out that in patients suffering from many and persisting complaints an operation might be considered, but that on the basis of a medical assessment it was not possible to state whether such an intervention would add to the healing of the gastric ulcer.

At this time gastric complaints nearly always were understood as to be anatomical disturbances, e.g. in the form of adhesions which result in complaints. However no mention was made of the medical predictive significance of such disturbances. This led to interventions at which the doctor felt obliged to warn the patient in advance, that he was not able to judge if the patient's complaints would improve by intervening (IV.3).

About 1960 all professional attention was focussed on the repeating character of the gastric ulcer, the explanation of which was assumed to lie in the personality of the patient. On the basis of that explanation a therapy was developed, and not on the basis of the medical predictive significance of the gastric ulcer. The confusion was great. The practitioner remained uncertain whether medical treatment would add to the healing of the gastric ulcer. In this period he expected everything from psycho- and sociotherapy, though he lacked a medical assessment about this treatment as well (IV.4).

About 1980 the management of the practitioner with respect to stomach complaints appears to satisfy the conditions that make medical assessment possible. Experimental research of stomach complaints, showing that medical treatment distinguishes itself favourable from management which is not founded on medical assessment, is not mentioned though (IV.5).

From the literature viewing the management of the practitioner from a professional point appears, that the G.P. till about the sixties of this century, under the impression of the specialistic-medical actions, not feels competent to give a medical assessment. The task of the G.P. is not seen in the responsibility for medical care, but on the extensive field of health care. But on this territory others with a more direct training than the practitioner are at work. Only the chairman of the "Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst" in 1922, H. Klinkert (1847-1930) outlines the task of the G.P. as accepting the responsibility for medical care in conference with the specialists. He supports his views with casuistry, but not with references to experimental research (V.1).

In 1975 the question is raised: which health problems can be submitted to the medical profession and which not? The medical profession indeed cannot contribute to all health problems. This question is closely related to the one in our thesis. The working-out given to it in that time resulted straightaway to paradox management. A task of reference for the practitioner has recently been framed, meeting the conditions, compulsory for medical assessment. In this task of reference is not referred to experimental research (V.2).

On the basis of the investigation, recorded in this study the following conclusions may be drawn:

- in the examined literature controversies proved to be present in the way of paradox acting, if the necessary conditions for medical assessment were not fulfilled.
- in the examined literature no controversies in the way of paradox acting could be found, if the necessary conditions for medical assessment were fulfilled; in that case it appeared that no mention was made about any experimental research, from which might appear that medical management differs favourable from acting which is not founded on medical assessment.

Therefore this study stresses that the doctor only is able to answer the question whether an intervention possibly may add to the solution of a health problem, if this problem can be understood as a medical problem.

(translation G.G. Bergink)

## Algemene Litteratuurlijst

- Ackerknecht EH. Rudolf Virchow, Arzt Politiker Anthropologe.  
Stuttgart: 1957.
- Bakker R. Het anonieme denken. Michel Foucault en het structuralisme.  
Baarn: Wereldvenster 1973.
- Balint, M. De dokter, de patiënt, de ziekte.  
Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum 1965.
- Berg JH van den. Het menselijk lichaam, deel I.  
Nijkerk: Callenbach 1959.
- Boots JMJ. Het werk van de huisarts. Resultaten van een functie-analyse van  
93 huisartspraktijken.  
Maastricht: dissertatie 1983.
- Braak EM ter. Bestaat huisartsgeneeskunde ?  
Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 246.
- Braak, M. ter. Politicus zonder partij.  
Amsterdam: Van Oorschot 1962.
- Bremer GJ. Het verwijzen in de huisartspraktijk (dissertatie).  
Assen: Van Gorcum en co. 1964.
- Bremer GJ. Studies uit de huisartspraktijk. Proefschriften van huisartsen 1900-1979.  
Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 336.
- Breung Gepa. Geneeskunde, indrukken van een toerist.  
Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu 1980.
- Brouwer W. en Touw-Otten F. Van klacht tot klagen: een analyse van de pre-medische  
periode.  
Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 3.
- Bulthuis R. and Laing WA. Cost effectiveness of cimetidine.  
Lancet 1982; 2: 828.
- Buma JT. De huisarts en zijn patiënt (dissertatie).  
Amsterdam: Albert de Lange 1950.
- C. PP. Huisdoktersleven, belevenissen en overdenkingen van dr. P.P.C. rustend  
geneesheer.  
Assen: Van Gorcum en Co 1956.
- Commissie Alternatieve geneeswijzen.  
Discussienota, uitgebracht door de commissie Alternatieve Geneeswijzen.  
Den Haag: Staatsuitgeverij 1978.
- Delprat CC. De geschiedenis van de eerste 50 jaren van het Nederlands Tijdschrift  
voor Geneeskunde.  
Haarlem: Erven Bohn 1932.
- Dekkers WJM. Buytendijks opvatting van een anthropologisch georiënteerde genees-  
kunde.  
Metamedica 1983; 62: 180.
-

- Diederiks JPM, Ris BGM. Kennis, professionalisering en samenwerking.  
Med Contact 1974; 29: 815.
- Does E. van der. Huisarts en epidemioloog. In: Hollend naar de horizon, huisartsge-  
neeskunde in wijkend perspectief. Opstellen aangeboden aan Chris Bruins bij zijn  
afscheid als directeur van het Nederlands Huisartsen Instituut. Blz. 158.  
Utrecht: NHI 1979.
- Ook in: Med Contact 1980; 35: 485.
- Does E van der, Lubsen J. Acute coronary events in general practice: the imminent  
myocardial infarction Rotterdam study.  
Rotterdam: dissertatie 1978.
- Dokter HJ. Huisarts en CARA.  
Tijdschr voor Geneesm Onderz. 1982; 7: 7.
- Dongen JA van. De vooruitgang van de geneeskunde in onze eeuw. Uitgegeven tgv  
het 60-jarig bestaan van de Amsterdamse Specialistenvereniging.  
Amsterdam: De Bussy 1966.
- Dijk WK van. Het medisch model in sociale context. In: Rümke C, Boeke PE en  
Dijk WK van (red.). Van kinderaanlyse tot Y-chromosoom.  
Deventer: Van Loghem Slaterus 1973.
- Es JC van. Paradigma's van de huisartsgeneeskunde.  
Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 451.
- Es JC van. Patiënt en huisarts; een leerboek huisartsgeneeskunde. Tweede, geheel  
herziene druk.  
Utrecht: Bolin, Scheltema en Holkema 1980.
- Es JC van. Levensloopgeneeskunde en de diagnostiek van de huisarts.  
Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 62.
- Festen H. Uit de geschiedenis van de maatschappij. De verdere ontwikkeling van de  
eenheid van de stand der geneeskundigen.  
Med Contact 1962; 17: 393 en 416.
- Festen H. De onderlinge verhouding huisarts-specialist.  
Med Contact 1963; 18: 143 en 183.
- Festen H. 125 Jaar geneeskunst en maatschappij, een uitgave van de KNMG 1974.
- Fortman H. Heel de mens.  
Bilthoven: Ambo 1972.
- Gadourek I. Evaluatie-onderzoek op het gebied der medische sociologie.  
Mens en Maatschappij 1966; 41: 77.
- Gadourek I. Medische sociologie: hulpwetenschap of bedreiging?  
T Soc Geneesk 1966; 44: 843.
- Gerritsma JGM en Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist, een vergelijkend  
onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie (dissertatie).  
Utrecht: Bunge 1982.
- Geukers ChWGM. Ingezonden brief.  
Mod Med 1983; 7: 778.
- Gezondheidsraad. Advies inzake vroegdiagnostiek bronchuscarcinoom.  
Den Haag: Staatsuitgeverij 1982.
- Giel R ea. De chirurg oncoloog en de kwaliteit van het leven van zijn patiënten.  
Ned Tijdschr Geneesk 1977; 121: 1315.
- Giel R. De verzekeringsgeneeskundige en de ziekenrol, respectievelijk het ziektegedrag  
van de verzekerde.  
T Soc Geneesk 1977; 55: 520.



- Gill K. De neus van Cleopatra — paradigmatische verkenningen.  
Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 459.
- Groen JJ. Voor en tegen de psychosomatiek.  
Ned Tijdschr Geneesk 1973; 117: 1253.
- Hattinga Verschure JCM. Het verschijnsel zorg.  
Lochem: De Tijdstroom 1977.
- Have H. ten. Van de leestafel: Why medicine cannot be a science.  
Ronald Manson in: The Journal of Medicine and Philosophy 1981; 6: 183.  
Metamedica 1981; 60: 309.
- Have HAMJ ten. Geneeskunde en filosofie, aspecten van een wisselvallige relatie.  
Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 668.
- Heelan PA. The nature of clinical science.  
The Journal of Medicine and Philosophy 1977; 2: 20.
- Hodgkin K. Towards earlier diagnosis in primary care. Fourth edition.  
Edinburgh/London: Churchill Livingstone 1978.
- Hoekstra GR. Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk (dissertatie).  
Groningen: Van Denderen 1982.
- Hoes MJAJM. Psychosomatische geneeskunde: op weg naar de psychobiologie van gezond en ziek zijn.  
T Geneesm Onderz 1980; 5: 737.
- Hoes HJAJM. Psychobiologie van de pijn.  
T Geneesm Onderz 1980; 6: 774.
- Hogerzeil HHW. Resultaten in een huisartspraktijk.  
Utrecht: dissertatie 1954.
- Hogerzeil HHW. Kernfuncties in de gezondheidszorg.  
Med Contact 1981; 36: 561.
- Hogerzeil HHW. Vijfentwintig jaar NHG: terugkoppeling van signaal naar kennis.  
Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 408.
- Holten-Vriesema J, Tompot C, Alderen HJ van, Blanken K, Ibelings J, Riphagen F, Schouwstra K en Venhorst G. Methodisch werken.  
Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 322.
- Hove-Baeck A. van. Het professionaliseringsproces van de Nederlandse huisarts.  
Politica 1978; 28: 329.
- Huizinga JM. De geneeskunst in de samenleving, voordracht op 25 november 1895 gehouden voor de afd. Rotterdam van de Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.  
Geneeskundige Bladen 1896; 3: 1.
- Huygen FJA. Family medicine, the medical life history of families.  
Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1978.
- Huygen FJA. Een praktijk doorgelicht op CARA (naschrift).  
Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 152.
- Huygen FJA. Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde.  
Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 447.
- Huygen FJA. Huisartsgeneeskundige conferenties.  
Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 13.
- Huygen FJA, Hoogen HJM van den, Ferrée H en Smits AJA. Een epidemiologisch onderzoek naar de mogelijkheden van vroege diagnostiek van longcarcinoom in de huisartspraktijk.  
Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1187.



Iemhof W. Psychosociale klachten bestaan niet.  
Med Contact 1973; 28: 993.

Kingma MJ, (red.) Nederlands leerboek der orthopaedie.  
Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema 1977.

Lamberts H. Morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 455.

Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 7 en 61.

Lamberts H. De huisartsgeneeskunde als leer van de kruispunten in de gezondheidszorg (een beschouwing over de culturele functie van de huisarts).

Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 465.

Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason for encounter classification.

Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 301.

Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk.

Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 401.

Lamberts H, Weel Ch. van. Huisarts en wetenschap: een paradigma?

Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 82.

Lende R van der, Jansen-Koster EJ, Knijpstra S, Meinesz AF, Wever AMJ en Orie NGM. Prevalentie van CARA in Vlagtwedde en Vlaardingen (computerdiagnose versus artsen-diagnose).

Ned Tijdschr Geneesk 1975; 119: 1988.

Lende R van der, Orie NGM, Sluiter HJ en Vries K de. Een praktijk doorgelicht op CARA.

Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 151.

Lindeboom GA. Begrippen in de geneeskunde.

Amsterdam: Rodopi 1982 3e druk.

Logan WPD. Morbidity statistics from general practice.

London: Her Majesty's Stationery Office 1960.

Mair A. Sir James Mackenzie MD 1853-1925. General practitioner.

Edinburgh/London: Churchill Livingstone 1973.

Major RH. Classic descriptions of disease.

Illinois: Springfield 1945.

Magee B. Popper.

Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum 1974.

Martin M. Is medicine a social science?

Journal of Medicine and Philosophy 1981; 6: 345.

MacKenzie J. The future of medicine.

London: Oxford University Press 1919.

Mees JM. Drie paradigma's in de geneeskunde.

Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 288.

Meininger JV. De patiënt en zijn geneesheer. Een bijdrage tot de ontwikkeling van het begrip communicatie (dissertatie).

Den Haag: Orion 1958.

Mertens AThLM. De medicus in de individuele gezondheidszorg, de sociale gezondheidszorg, de welzijnszorg.

T Soc Geneesk 1982; 60: 2.

Morrell DC. Huisartsgeneeskunst. Voor Nederland bewerkt door R.A. de Melker.

Utrecht: Bunge 1978.

Muntendam P. Medische sociologie en sociale geneeskunde.  
T Soc Geneeskd 1966, 44: 842.

Nolen W. Ziekte, zieke en geneesheer. Lezing, gehouden voor de medische faculteit van het Leids studentencorps.  
Leiden: J.C. van Doesburgh 1909.

Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk (dissertatie).  
Leiden: Stenfert Kroese 1969.

Ottolander GJH den. Interne geneeskunde. 5e herziene druk.  
Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema 1978.

Popper KR. Autobiografie.  
Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum 1978.

Post D. De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten (dissertatie).  
Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu 1980.

Querido A. Inleiding tot een integrale geneeskunde.  
Lochem: De Tijdstroom 1955 (1973).

Querido A. Prognose en katamnese.  
T Soc Geneeskd 1959; 2: 69.

Ris BGM. Zie Diederiks.

Rothschuh KE. Zu einer Einheitstheorie der Verursachung und Ausbildung von somatischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten.  
Hippocrates 1973; 44: 18.

Ruhe HAM. Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954 (dissertatie).  
Assen: Van Gorcum en co. 1957.

Schipperges H. hrsg. Krankheit, Heilkunst, Heilung.  
Freiburg/München: Karl Albert 1978.

Scholten WR. De naakte waarheid. Aforismen en andere korte notities.  
Baarn: Ten Have 1974.

Sikkel A. Ter inleiding.  
Geneeskundige Gids 1923; 1: 1.

Sikkel A. Ons doel.  
Geneeskundige Gids 1924; 2: 493.

Sluiter HJ. Een epidemiologisch onderzoek naar de mogelijkheden van vroege diagnostiek van longcarcinoom in de huisartspraktijk.  
Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1200.

Smal JA. Zie Gerritsma.

Spreeuwenberg C. Huisarts en stervenshulp, een exploratief onderzoek naar de stervenshulp van de huisarts en naar de invloed hiervan op het geëigend sterven van de patiënt (dissertatie).

Deventer: Van Loghum Slaterus 1981.

Tanner BA ed. Language and communication in general practice.  
London/Sydney/Auckland/Toronto: Hodder and Stoughton 1976.

Touw-Otten F. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde: een analyse van dissertaties en enkele wegen tot structurering van huisartsgeneeskunde als discipline (dissertatie).  
Deventer: Van Loghum Slaterus 1981.

Touw-Otten F. Zie Brouwer W.

Valkenburg CT van. Geschiedenis van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde gedurende de tweede halve eeuw van zijn bestaan.

Haarlem: Erven Bohn 1957.

Velden HGM van der. Diagnose of prognose; de betekenis van de epidemiologie voor het handelen van de huisarts.

Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 125.

Verbrugh HS. Paradigma's en begripsontwikkeling in de ziekteleer. Een wetenschapstheoretisch onderzoek naar de omschrijving van het onderwijsvak pathologie als bijdrage tot de ontwikkeling van een holistische benadering van ziekte (dissertatie).

Haarlem: De Toorts 1978.

Vries J de. Etymologisch woordenboek.

Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum 1959.

Weel CH van, Zie Lamberts.

Weressajew W. De biecht van een praktiseerend geneesheer, zijn lijden en strijden. Gedenkschriften van Dr. W. Weressajew, naar de Duitse vertaling van Dr. Carl von Gütschow, bewerkt door Dr. A.K. Arntzenius, gepensioneerd le stadsgeneesheer te Semarang.

Amsterdam: 1902.

Werf GTh van der. Wat betekent voor de huisarts integrale zorg?

Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 46.

Werkgroep Toetsing. Toetsing in de huisartsgeneeskunde. Rapport van de werkgroep toetsing van het NHG.

Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 127.

Wibaut F. De methode der geneeskunde.

Haarlem: De erven Bohn 1962.

Wulff HR. Principes van klinisch denken. (Nederlandse bewerking: Querido A, Lubsen J).

Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema 1980.

## Litteratuurlijst

behorend bij hoofdstuk vier.

### IV.1.

- Fenwick S. De ziekten van de maag en het duodenum.  
Uit het Engels vertaald door J.C. ten Noever-de Brauw.  
Tiel: HCA Campagne 1868.
- Stokvis BJ. Medicinaal en metrieke gewicht.  
Ned Tijdschr Geneesk 2e reeks 1871; 7 vol I: 45.

### IV.2.

- De (10-tallen) referaten die in de loop der jaren met betrekking tot maagaandoeningen in de Medische Revu zijn verschenen, zijn in deze litteratuurlijst niet vermeld.
- Buning EJ. De interne behandeling van ulcus ventriculi.  
Med Rev 1902; 2: 305.
- Buning EJ. Diagnose van ulcus ventriculi.  
Med Rev 1902; 2: 369.
- Goot DH van der. Operatieve behandeling van maagzweer en haar complicaties.  
Med Rev 1901; 1: 20.
- Goot DH. van der. De operatieve behandeling van het ulcus ventriculi.  
Med Rev 1906; 6: 243.
- Iterson JE van. De ontwikkeling der heilkunde.  
Ned Tijdschr Geneesk 1899; 43: vol. II: 87.
- Klinkert H. De klinische betekenis van de atrofische maagcatarrh.  
Ned Tijdschr Geneesk 2e reeks 1892; 28 vol. II: 125.
- Klinkert H. Nog eens: over glandulaire maagatrofie.  
Ned Tijdschr Geneesk 2e reeks 1892; 28 vol. I: 518.
- Nolen W. Vingerwijzingen tot het herkennen en behandelen der nerveuze maagziekten.  
Geneesk Bladen 1895; 2: 7.
- Pel PK. De ziekten van de maag. Uit het Duitsch bewerkt door T. Tanja.  
Haarlem: Bohn 1899.
- Peter GHJ. De behandeling van de maagneuosen met electriciteit.  
Dissertatie Leiden 1893.
- Romkes PC. Openbare les gehouden op vrijdag 13 oktober 1905.  
Groningen 1905.
- Talma S. Onderzoekingen over ulcus ventriculi simplex, gastromalacie, ileus.  
Ned Tijdschr Geneesk 2e reeks 1889; 24 vol I: 669.
- Talma S. De indicaties tot maagoperaties.  
Ned Tijdschr Geneesk 2e reeks 1895; 31: 824.
- Treub H. Enteroptose, de ziekte van Glénard.  
Geneesk Bladen 1895; 2: 285.
- IJzeren W. van. De pathogenese van de chronische maagzweer.  
Dissertatie Leiden 1901.

- Zeehuizen H. Over de diagnose van chronische glandulaire atrofie.  
Ned Tijdschr Geneeskd 2e reeks 1892; 28 vol I: 362.
- Zeehuizen H. Ingezonden. Naschrift over glandulaire maagatrofie.  
Ned Tijdschr Geneeskd 2e reeks 1892; 28 vol I: 554.

## IV.3.

- De (10-tallen) referaten en wenken, 2- of 3-regelige minireferaatjes, die in de loop der jaren met betrekking tot maagaandoeningen in de Geneeskundige Gids zijn verschenen, zijn in deze literatuurlijst niet vermeld, tenzij ze als zodanig in de tekst zijn geciteerd.
- De Bruïne Ploos van Amstel. De differentieel-diagnostische moeilijkheden bij ulcusperforatie.  
Geneeskundige Gids 1925; 3: 255.
- Csépay K. Ueber das Ulkusproblem in der Socialversicherung (referaat).  
Geneeskundige Gids 1930; 8: 893.
- Groot J. de. Maagziekten en nog wat.  
Geneeskundige Gids 1928; 6: 202.
- Groot J. de. Kalk en maagzweer.  
Geneeskundige Gids 1928; 6: 537.
- Groot J. de. Kalk en maagzweer.  
Geneeskundige Gids 1928; 6: 864.
- Groot Sr. J. de. De chirurgische behandeling van ulcus ventriculi en ulcus duodeni.  
Geneeskundige Gids 1930; 8: 73.
- Heering M.J. Over wezen en verloop van de ulcusziekte (dissertatie).  
Haarlem 1938.
- Hijmans van den Bergh AA. Ulcus ventriculi.  
Ned Tijdschr Geneeskd 1930; 74 vol II: 1718.
- Huese J.F.O. en Planteijdt J.M. Maagzweer of maagkanker.  
Geneeskundige Gids 1930; 8: 121.
- Indemans J.W.M. De werking van groentesappen op de maagsapafscheiding.  
Geneeskundige Gids 1929; 7: 613.
- Koopman J. Eenige losse grepen uit de praktijk der maagziekten.  
Geneeskundige Gids 1925; 3: 278.
- Koopman J. Maagsyfilis.  
Geneeskundige Gids 1925; 3: 1186.
- Koopman J. Een merkwaardig geval van maagkanker.  
Geneeskundige Gids 1926; 4: 323.
- Koopman J. Een ten onrechte vergeten methode van maagonderzoek: gastroduaphanie.  
Geneeskundige Gids 1926; 4: 629.
- Koopman J. Kalk en maagzweer.  
Geneeskundige Gids 1928; 6: 441.
- Koopman J. Kalk en maagzweer, een kort antwoord aan Dr. J. de Groot sr.  
Geneeskundige Gids 1928; 6: 756.
- Koopman J. Ambulante behandeling van de niet-bloedende maagzweer.  
Geneeskundige Gids 1928; 6: 1191.
- Kropveld A. De cascade-maag en hare oorzaken.  
Dissertatie Amsterdam 1942.
- Pel P.K. De ziekten van de maag.  
Haarlem: Bohn 1913 3e druk.
- Pel P.K. De ziekten van de maag. Bewerkt door P. Ruitinga en B.K. Boom.  
Haarlem: Bohn 1925 4e druk.

- Peutz JLA. Aerofagie gastro-intestinale bloquée.  
Geneeskundige Gids 1930; 8: 36.
- Prins GA. De kortste en beste en meest doeltreffendste inwendige behandeling van de niet-gecompliceerde maagzweer, resp. dundarmzweer.  
Geneeskundige Gids 1930; 8: 861 en 885.
- Referaat. Syfilis van de maag.  
Geneeskundige Gids 1925; 3: 898.
- Rooij J de. De enquête van Dr. Prins naar de kortste, de beste en meest doeltreffende inwendige behandeling van de niet-gecompliceerde maagzweer, resp. dundarmzweer.  
Geneeskundige Gids 1930; 8: 957.
- Schalijs FA. Zweer in de maag of het duodenum of jeugdigen leeftijd.  
Geneeskundige Gids 1923; 1: 359.
- Schalijs FA. Iets over cardiospasmus.  
Geneeskundige Gids 1924; 2: 173.
- Schalijs FA. Coelialgia sinistra.  
Geneeskundige Gids 1929; 7: 317.
- Schrijver J. De diaetetische behandeling van de maagzweer.  
Ned Tijdschr Geneesk 1922; 66: 10.
- Spanje NP van. Het maagonderzoek in de algemene praktijk.  
Geneeskundige Gids 1924; 2: 413.
- Stekel W. De nerveuze maag. Een psycho-analytische beschouwing. Voor Nederland bewerkt door HAE van Dishoeck Leiden 1924.
- Wenken. Maagzweer en verbranding.  
Geneeskundige Gids 1925; 3: 598.
- Wenken. Maagzweer en pijn.  
Geneeskundige Gids 1925; 3: 646.
- Wenken. Chronische infectiehaarden als oorzakelijk moment voor het ulcus pepticum.  
Geneeskundige Gids 1925; 3: 688.

## IV.4.

- Boogaardt CA. Zie Koopman.
- Ebeling Koning KEW en Hogerzeil HHW. Maagoperatie en galsteen.  
Huisarts en Wetenschap 1964; 7: 275.
- Groen JJ. De psychopathogenese van het ulcus ventriculi et duodeni; karakterstructuur en emotionele belevenissen en hun betekenis voor aetiologie en therapie.  
Amsterdam 1947.
- Groen JJ. Hoofdstukken uit de psychosomatische geneeskunde.  
Arnhem: Ciba-Geigy 1978.
- Blz. 34 e.v.: behandeling van ulcus pepticum (ventriculi resp. duodeni) op psychosomatische grondslag.
- Hogerzeil HHW. Maagulcusziekte, verslag van een panelbespreking.  
Huisarts en Wetenschap 1964; 7: 347.
- Hogerzeil HHW. Zie Ebeling Koning.
- Koopman J en Boogaardt CA. Over de therapie van het ulcus van maag en duodenum in de huispraktijk.  
Huisarts en Wetenschap 1963; 6: 399.
- Kropveld A. De cascadesmaag en hare oorzaken.  
Dissertatie Amsterdam 1942.
- Nieuwenhuyzen MG van. Persoon en milieu van de ulcus duodenilijder.  
Dissertatie Utrecht 1961.

- Pilon PEG. Referaat: J. Slooff en W. Tegelaers. Een klinisch belangrijke vorm van cascade maag. Maandschrift Kindergeneeskunde 1957; 25: 12.  
 Huisarts en Wetenschap 1959; 2: 162.
- Reijerse M. Referaat: H. Kutschera-Aichbergen: Das Problem der Gastritis.  
 Münch. med. Wschr. 1962; 104: 2541.  
 Huisarts en Wetenschap 1963; 6: 340.

## IV.5.

- Bulthuis R and Laing WA. Cost effectiveness of cimetidine  
 Lancet 1982; vol. 2: 828.
- Cornelissen RL. De patiënt met maagklachten. In: Kompas voor de huisarts, een losbladig compendium voor de algemene praktijk. Utrecht z.j. C 30 (febr. 1977).  
 Dekker W. Zie Patient Care 1977.
- Haaiker FM, Werf GTh van der, Wesseling H en Wieringa NF. The use of cimetidine; parallels and discrepancies between the views of Drug Regulatory Agencies and practicing physicians.  
 European Journ Clin Pharmacology 1983; 25, 601.
- Hellemans N. Ziekten van het maagdarmkanaal. In: Interne geneeskunde, onder red. van GJH den Otlander 5e herziene druk.  
 Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema 1978.
- Lisdonk EH van de. Het ulcuslijden.  
 Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 393
- Oliemans AP. De patiënt met bovenbuikklachten. In: Kompas voor de huisarts, een losbladig compendium voor de algemene praktijk. Utrecht z.j. C 31 (febr. 1977).  
 Otlander GJH den (red.). Interne geneeskunde.  
 Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema 1978, 5e herziene druk.
- De routinebehandeling van het ongecompliceerde ulcus pepticum.  
 Patient Care 1975; 2: nr. 7, blz. 2.
- Veranderende opvattingen over de aanpak van het ulcus duodeni, met een commentaar van W. Dekker.  
 Patient Care 1977; 4: nr. 7, blz. 30.



## **Litteratuurlijst** **behorend bij hoofdstuk vijf.**

- Basistakenpakket. Zie Commissie Takenpakket 1983.  
Bruggen AC van. Huisarts en specialisten.  
Ned Tijdschr Geneesk 1901; 45 vol I: 1340.
- Burger H. Geneesheer en maatschappij.  
Ned Tijdschr Geneesk 1919; 63 vol II: 81.
- Commissie Eerste Echelon. De plaats van de medicus in het eerste echelon. Discussie-nota Commissie Eerste Echelon.  
Med Contact 1976, 31: 141.
- Commissie Takenpakket. De taken van de huisarts. Rapport van de commissie takenpakket van de LHV.  
Med Contact 1977; 32: 765.
- Commissie Takenpakket. Basistakenpakket van de huisarts. Een rapport van de commissie takenpakket van de LHV. Uitgebracht als bijlage bij Med Contact 1983; 8 juli.
- Festen H. Uit de geschiedenis van de maatschappij. De verdere ontwikkeling van de eenheid van de stand der geneeskundigen.  
Med Contact 1962; 17: 393 en 416.
- Hoe helpt de dokter? Zie Werkgroep Takenpakket 1975.
- Hogerzeil HHW. Waarom een NHG?  
Med Contact 1956; 11: 546.
- Holten-Vriesema J e.a. Methodisch werken.  
Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 322.
- Hornstra R. Huisarts en positieve gezondheidszorg.  
Med Contact 1954; 9: 511.
- Huygen FJA. De huisarts en de wetenschap.  
Med Contact 1956; 11: 730.
- Instituut voor Huisartsgeneeskunde. Kenmerken van de huisarts, rapport onderwijs-doelstellingen.  
Utrecht 1975.
- Kersbergen LC. Het bestaansrecht en de betekenis van den huisarts.  
Ned Tijdschr Geneesk 1926; 70, vol. II: 213.
- Klinkert H. Openingsrede der 73e algemene vergadering der Ned. Mij. tot bevordering van de Geneeskunst op 3 juli 1922 te Maastricht.  
Ned Tijdschr Geneesk 1922; 66, vol. II: 217.
- Müller F. Nieuwe toestanden in het geneeskundig beroep.  
Ned Tijdschr Geneesk 1900; 44, vol. II: 437.
- Onnen PW. Over de verhouding der geneeskundigen onderling en tegenover het publiek.  
Ned Tijdschr Geneesk 1900; 44, vol. II: 68.
- Pijnappel MW. Rede, uitgesproken bij de opening van de algemene vergadering van de Ned. Mij tot bevordering van de Geneeskunst.  
Ned Tijdschr Geneesk 1900; 44, vol. II: 1.
-

- Rijnberk N. van. De toekomst van den geneeskundige stand in Nederland.  
Ned Tijdschr Geneesk 1913; 57, vol. II: 77.
- Takenpakket. Zie Commissie Takenpakket 1977.
- Vroege NH. Het Woudschotenrapport.  
Huisarts en Wetenschap 1966; 9: 372.
- Werkgroep Takenpakket 1975. Hoe helpt de dokter? huisartsgeneeskunde als onderdeel van de eerstelijns hulpverlening. Interimrapport, samengesteld door de werkgroep takenpakket van het NHG.
- Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen. Rapport van de interfacultaire werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen, SOH 1975.
- Werkgroep Toetsing. Toetsing in de huisartsgeneeskunde. Rapport van de werkgroep toetsing van het NHG.
- Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 127.
- Woudschotenrapport. Zie Vroege NH.
-

## Curriculum Vitae

Gerrit Theodorus van der Werf werd op 9 juli 1946 te Groningen geboren. Hij bezocht het Willem Lodewijk Gymnasium en studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit in zijn geboortestad. Sinds 1 januari 1972 is hij als huisarts werkzaam in de Groepspraktijk Antonius Deusinglaan en als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen.

Hij heeft verschillende bestuurlijke functies vervuld in de maatschappelijke gezondheidszorg. Thans is hij lid van het hoofdbestuur van de provinciale vereniging "Het Groene Kruis" en van het algemeen bestuur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Groningen.

In de prijsvraag die ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van het Nederlands Huisartsen Genootschap werd uitgeschreven met als onderwerp "Wat betekent voor de huisarts integrale zorg?" werd zijn inzending met een eerste prijs bekroond.

---